

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969

THÈSE

No
727

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

LAUZANNE Kathlen, Paule, née BEYLACH

Interne des Hôpitaux de Paris
Née le 29 Juillet 1939, à Casablanca (Maroc).

Présentée et soutenue publiquement le

**ENQUÊTE CLINIQUE
DANS L'ÉVOLUTION DE L'ENCOPRÉSIE
CHEZ L'ENFANT.**

Président : Mr. Clément LAUNAY, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6^e)
1969

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969

Nº

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

LAUZANNE Kathlen, Paule, née BEYLACH

Interne des Hôpitaux de Paris
Née le 29 Juillet 1939, à Casablanca (Maroc).

Présentée et soutenue publiquement le

ENQUÊTE CLINIQUE DANS L'ÉVOLUTION DE L'ENCOPRÉSIE CHEZ L'ENFANT.

Président : Mr. Clément LAUNAY, Professeur.

DUPUYTREN-COPY

9, Rue Dupuytren

Paris (6^e)

1969

FACULTE DE MEDICINE D'AYR

ANNEE 1894

THESE

DOCTORAT EN MEDICINE

Par M. J. J. J.

LAUZANNE M. J. J. J.

Président et membres du jury



LEIDEN

DANS L'ÉDITION DE L'ÉDITION

CHÉZ L'ÉDITEUR

Édition de l'Édition de l'Édition

UNIVERSITY

LEIDEN

1894

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.),
 BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.),
 CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), COSTE (F.), DEBRE
 (R.), DECHAUME (M.), GALLIARD (H.), GAUDARD D'ALLAI-
 NES (F. de), GENNES (L. de), GIROUD (A.), HAZARD (R.),
 HEUYER (G.), LACOMME (M.), LAMY (M.), LAROCHE (G.),
 LELONG (M.), LEVY (Mlle J.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN
 (C.), MADURO (R.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD
 (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-
 RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU
 (J.), RENARD (G.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON
 (L.), TURPIN (R.), VERNE (J.).

DOYEN Georges BROUET

1er ASSESSEUR Daniel BARGETON

2me ASSESSEUR Jean GOSSET

PROFESSEURS :

A. - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
-	HUARD (P.)
- à titre personnel	CABROL (Ch.)
-	OLIVIER (G.)
Anatomie et Cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
- à titre personnel	NEZELOF (Ch.)
-	ORCEL (L.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
-	DESGREZ (P.)
-	POLONOVSKI (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
- à titre personnel	CARTIER (P.)
-	DREYFUS (J.-Cl.)

MM.

Biologie médicale, à titre personnel	BOURLIERE (F.)
- - - - -	HARTMANN (L.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
- - - - -	DJOURNO (A.)
- - - - -	DOGNON (A.)
- à titre personnel	KELLERSHOHN (L.)
- - - - -	GOUGEROT (L.)
- - - - -	ROUCAYROL (J.-Cl.)
Cancérologie expérimentale	MATHE (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histologie et Embryologie	COUJARD (R.)
- - - - -	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
- à titre personnel	RACADOT (J.)
Microbiologie	FASQUELLE (R.)
Bactériologie et Virologie	TOURNIER (P.)
- à titre personnel	BARBIER (P.)
Parasitologie	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
- à titre personnel	LOEPER (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
- - - - -	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
- - - - -	MALMEJAC (J.)
- - - - -	PARROT (J.)
- à titre personnel	DEJOURS (P.)
Physiologie et biologie appliquée aux sports	SCHERRER (J.)

B. - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1° - MÉDECINE

Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie médicale	BUGE (A.)
- - - - -	BRICAIRE (H.)

MM.

Pathologie médicale	CORNET (A.)
- - - - -	HOUSSET (E.)
- - - - -	LAROCHE (Cl.)
- à titre personnel	AZERAD (E.)
- - - - -	BOUR (H.)
- - - - -	BROCARD (H.)
- - - - -	CARDLI (J.)
- - - - -	FACQUET (J.)
- - - - -	LAMBLING (A.)
- - - - -	LAUNAY (Cl.)
- - - - -	PAYET (M.)
- - - - -	PERRAULT (M.)
- - - - -	SIGUIER (F.)
- - - - -	WORMS (R.)
- - - - -	BOUVIER (J.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie & Thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	MARCHE (J.)

CHAIRES de CLINIQUES :

Clinique cardiologique (Boucicaut)	LENEGRE (J.)
- - - (Broussais)	SOULIE (P.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
- à titre personnel	BASTIN (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
- à titre personnel (neuro- psychiatrie)	PICHOT (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
- à titre personnel	LHERMITTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infan- tile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)

MM.

Clinique des maladies du sang

à titre personnel (hématol.) ANDRÉ (R.)

- - - - BOUSSER (J.)

- - - - DREYFUS (B.)

(Bicêtre DEPARIS (M.)

(Broussais MILLIEZ (P.)

(Cochin PEQUIGNOT (H.)

(Hôtel-Dieu BARIETY (M.)

Cliniques médicales (Pitié DREYFUS (G.)

(Saint-Antoine BOUDIN (G.)

(- CONTE (M.)

(- KOURILSKY (R.)

Clinique médicale propédeutique

(Broussais) JUSTIN-BESANÇON (L.)

Clinique thérapeutique médicale

(Saint-Antoine) LEMAIRE (A.)

Clinique et séméiologie médicales

(Antoine-Chantin) DOMART (A.)

Séméiologie médicale (Lariboisière) BOUVRAIN (Y.)

- - (Pitié) RAMBERT (P.)

- - (Rothschild) WOLFROMM (R.)

Clinique d'Hydrologie et de Climato-

logie (Bichat) DEBRAY (Ch.)

- à titre personnel GIBERTON (A.)

Clinique médico-sociale du diabète

sucré et des maladies métaboliques

(Hôtel-Dieu) DEROT (M.)

Clinique néphrologique (Necker) HAMBURGER (J.)

- à titre personnel RICHET (G.)

- - CROSNIER (J.)

Clinique de génétique médicale

(Enfants-Malades) ROYER (P.)

Clinique des maladies des enfants

(Enfants-Malades) MOZZICONACCI (P.)

Clinique médicale infantile et de

pédiatrie sociale (Enfants-Malades) MARIE (J.)

Clinique de pédiatrie (Trousseau) BRISSAUD (H.)

- à titre personnel LESOBRE (R.)

Clinique de pédiatrie et de puéricul-

ture (Saint-Vincent-de-Paul) THIEFFRY (S.)

Hygiène et clinique de la première

enfance (Trousseau) LAPLANE (R.)

- à titre personnel POLONOVSKI (Cl.)

MM.

Clinique de pneumo-phthisiologie	
(Laënnec)	BROUET (G.)
- à titre personnel	KREIS (B.)
- - -	MEYER (A.)
Clinique de rééducation motrice	GROSSIORD (A.)
Electroradiologie	LEDOUX-LEBARD (M.)
- - -	LEFEBVRE (J.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
- à titre personnel	FISCHGOLD (H.)
- - -	TUBIANA (M.)
- - -	CHERIGIE (E.)
Clinique de rhumatologie médicale	
et sociale (Cochin)	DELBARRE (F.)
Clinique rhumatologique (Lariboisière)	SEZE (S. de)
Clinique toxicologique (Fernand-Widal)	GAULTIER (M.)

2°- CHIRURGIE

Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
- - -	KUSS (R.)
- - -	N...
- à titre personnel	RAMADIER (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	MORIN (P.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	MONSAINGEON (A.)

CHAIRES de CLINIQUES :

Clinique carcinologique	DENOIX (P.)
(Gustave-Roussy)	
Clinique carcinologique chirurgicale	
(Necker)	REDON (H.)
- à titre personnel	BREHANT (J.)
(Beaujon)	LORTAT-JACOB (J.-L.)
(-)	BAUMANN (J.)
(Cochin)	LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu)	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales (Saint-Antoine)	GOSSET (J.)
(Salpêtrière)	SICARD (A.)
(Tenon)	OLIVIER (Cl.)

MM.

Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)
- (Saint-Louis)	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
- (Foch)	PADOVANI (P.)
- (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique traumatologique et orthopé- dique (Raymond-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
- à titre personnel	CHIGOT (P.-L.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec)	MATHEY (J.)
- à titre personnel	GAUDARD D'ALLAINES (Cl.de)
Clinique chirurgicale et gynécologi- que (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique obstétricale (Baudelocque)	LEPAGE (F.)
- (Saint-Antoine)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologi- que (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
- à titre personnel	LEBEAU (J.)
Clinique ophtalmologique (Cochin)	BREGEAT (P.)
- (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	CERNEA (P.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
- (Necker)	COUVELAIRE (R.)

C. - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie	GILLOT (Cl.)
Anatomie pathologique	GUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Bactériologie	LE MINOR (L.)

MM.

	(CARTIER (P.)
Biochimie médicale	(GONNARD (P.)
	(NORDMANN (J.)
Chirurgie.....	CERBONNET (G.)
	(BESSIS (M.)
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G.)
	(BLANCHER (G.)
Hygiène	(CORRE-HURST (Mme L.)
	(CECCAL (P.)
Médecine légale	(HADENGUE (A.)
	(FOURNIER (E.)
Médecine générale	AUSSANNAIRE (M.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
	(COURSAGET (J.)
Physique médicale	(GREMY (F.)
	(PELLERIN (P.)
	(DURAND (J.)
Physiologie	(GIRARD (Fr.)
	(HUGELIN (A.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Pharmacologie	SCHMITT (H.)

D. - PROFESSEURS DÉTACHÉS
DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

MM.

Pathologie chirurgicale..... RUDLER (J.) Pr. s. ch.

E. - PROFESSEURS ASSOCIÉS

MM.

Hormonologie MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiolo-
gie SCHWARTZ (D.)
Néphrologie MAXWELL (M.)

A MON MAÎTRE,

Monsieur le Professeur Clément LAUNAY

Qui a bien voulu m'accueillir
dans son Service comme son
Externe, puis son Interne,
et me permettre de faire ce
travail.

A MES MAÎTRES D'INTERNAT

Monsieur le Docteur D. BOUTTIER

Monsieur le Docteur LESUEUR

Monsieur le Professeur Agrégé LEREBoullet

Monsieur le Professeur Agrégé SIGWALD

Monsieur le Docteur CLAISSE

Monsieur le Professeur Agrégé BRION

ENQUÊTE CLINIQUE
DANS L'ÉVOLUTION DE L'ENCOPRÉSIE CHEZ L'ENFANT.

I N T R O D U C T I O N

Notre but, ici, n'est pas de reprendre dans son ensemble le problème de l'Encoprésie, mais de préciser l'évolution des enfants encoprétiques devenus pré-adolescents ou adolescents, en exposant les résultats d'une enquête clinique rétrospective portant sur 150 cas observés en dix ans dans un Service de Neuropsychiatrie infantile.

Nous proposerons quelques données cliniques caractéristiques de l'Encoprésie en insistant sur la composante rétentionnelle.

Puis nous préciserons le devenir du symptôme lui-même et enfin les structures psychiques de ces enfants ou adolescents devenus propres.

L'enfant acquiert une défécation normale entre l'âge approximatif de 15 mois à 3 ans et l'on entend par encoprésie toute défécation survenant dans la culotte ou le lit au-delà de cette période de 3 ans, chez un enfant indemne d'altération du système nerveux de commande du sphincter anal.

Nous n'aurons pas en vue l'encoprésie des arriérés mentaux, ni celle des psychotiques chez qui elle ne représente qu'un épiphénomène bien secondaire.

Que l'enfant n'ait pas acquis la propreté ou qu'il se salisse de nouveau après une période de propreté, le symptôme est d'un grand polymorphisme.

Il apparaît en règle entre 3 et 9 ans, peut survenir à l'école ou à la maison, le jour ou la nuit. L'enfant ne va pas ou rarement sur le pot ; l'aspect clinique du symptôme n'ayant qu'une faible incidence sur l'étiologie et le pronostic, nous voudrions insister sur un certain nombre de particularités :

1°- L'encoprésie est un symptôme du jour, ce qui met d'emblée l'accent sur sa haute valeur relationnelle. Alors que l'énurésie, qui lui est associée dans la proportion de 2/3 ou 1/3, suivant les rapports, est un symptôme de la nuit plus durable que l'encoprésie, persistant souvent après la disparition de celle-ci.

2°- L'encoprésie survient plus particulièrement chez le garçon, dans la proportion de 70 garçons environ pour 10 filles. (En 9 ans environ dans un Service de Neuropsychiatrie infantile ont consulté

pour encoprésie 162 enfants dont 132 garçons).

3°- Cette encoprésie s'associe très souvent à une absence de maîtrise dans les autres domaines musculaires que celui du sphincter anal.

L'instabilité motrice est très fréquente ainsi que certains troubles de la même série : troubles du langage, qu'il s'agisse de retard simple ou de dyslexie.

L'encoprésie faisant rejeter le plus souvent l'enfant du groupe scolaire s'associe à l'instabilité et les troubles du langage pour rendre compte du retard scolaire fréquent chez ces enfants dont le niveau mental est bon en général, surtout dans le secteur performance.

4°- L'examen local d'un enfant dont l'encoprésie date de plusieurs mois montre que l'anus est normal : le sphincter anal semble parfois sans tonicité, mais quand on aura obtenu la disparition de l'encoprésie, son fonctionnement va s'avérer tout à fait normal.

Le fait remarquable est que, en permanence, le rectum est plein de matières et que l'évacuation normale de la cavité rectale est quasi inexistante.

Assez souvent aussi, on trouve un fécalome à la fin du sigmoïde. Dans la moitié des cas, l'examen radiologique montre un méga-recto-sigmoïde, mais l'image est très différente de celle du mégacolon congénital : il s'agit d'une distension fonctionnelle modérée, qui disparaît en quelques jours après la disparition de l'encoprésie.

La défécation ne s'effectue pas suivant le rythme quotidien habituel ; la réplétion quasi constante du rectum perturbe la sensation de besoin ; il existe une dyskinésie intestinale et les défécations se font, soit passivement par rengorgement, soit volontairement, mais incomplètement.

Tout le mécanisme de l'évacuation fécale est perturbé ; ainsi comprend-on la nécessité, pour obtenir la guérison, d'une évacuation complète du recto-

sphinctérienne et d'une rééducation sphinctérienne.

o :
o o

Pour comprendre la survenue de ce symptôme, il faut situer l'enfant dans la période d'acquisition de la propreté, celle-ci se faisant par conjonction de préférence simultanée de plusieurs éléments, organiques, psychiques.

1- LES ELEMENTS ORGANIQUES.

La maturation motrice entre 1 et 2 ans permet une meilleure autonomisation de l'enfant, celui-ci pouvant mieux se contrôler lui-même ainsi que le monde extérieur ; il acquiert à cette époque la marche, sa préhension s'affine, son langage s'ébauche ; l'enfant sort enfin de son impuissance motrice.

2- LES ELEMENTS PSYCHIQUES.

I- E. JONES distingue deux actes différents dans l'éducation de l'enfant à la propreté.

"L'enfant ne doit pas seulement être déshabitué de souiller son corps et son entourage avec ses excréments ; il lui faut encore s'accoutumer à exercer la fonction excrémentielle à intervalles réguliers. Il doit renoncer à la coprophilie pour la coprophobie de même qu'au plaisir de l'évacuation lui-même".

Cet apprentissage de la propreté a été explicité par la psychanalyse qui lui donne une place fondamentale au cours de l'évolution libidinale de l'enfant, donnant à la phase qui va de 1 an à 3 ans le nom de stade sadique-anal : c'est la période où la muqueuse anale devient une zone érogène principale faisant suite à la primauté érogène de la zone orale.

Jusqu'alors, pendant la période orale, l'enfant

émettait régulièrement certes, mais passivement ses matières dans ses couches, selles en général attendues et applaudies par la mère.

Au moment du renforcement des muscles lisses et du sphincter, l'enfant sort en effet de son impuissance motrice ; il découvre un plaisir dans la pression de la paroi du segment terminal de son tractus digestif contre les substances plus ou moins solides que constitue le bol fécal.

NACHT dit qu'"il découvre qu'il peut trouver certain plaisir en lui-même et pour lui-même (sans intervention de sa mère)".

C'est donc le plan libidinal qui nous occupera surtout pendant cette période d'acquisition de la maîtrise musculaire, en particulier anale, période anale fertile en conflit avec l'éducatrice que doit devenir la mère.

Karl ABRAHAM a divisé cette période en deux phases :

- Dans la première, il a montré l'équivalence inconsciente existant entre expulser les matières fécales et la destruction de l'objet d'amour, et pour beaucoup d'enfants, cette équivalence aboutit à une angoissante constipation, l'émission des selles faisant naître une angoisse de destruction et d'abandon par la mère; cette constipation est inévitablement grevée d'accidents encoprétiques par regorgement de matières sèches et peu abondantes en général.

Dans cette première phase, l'érotisme anal correspond à l'évacuation et au plaisir de la destruction.

- Dans la deuxième phase, les tendances destructrices sont abandonnées au profit du désir ambivalent de contrôler les matières fécales (et la mère).

FREUD dans "Sur la transformation des pulsions en particulier de l'érotisme anal" écrit :
"Il retient (les excréments) pour en tirer des

jouissances et plus tard pour affirmer sa volonté. L'entêtement, l'obstination ont leur origine dans la fixation narcissique à l'érotisme anal".

La rétention d'abord imposée est maintenant recherchée. Cette rétention fécale concourt à l'acquisition par le sujet d'un sentiment de maîtrise de ses réactions motrices par érotisation de la musculature.

Chez l'enfant normal, Michel FAIN dit que "la rétention fait naître tout un plaisir". "Cette érotisation de la rétention est une étape extrêmement importante dans le développement affectif puisqu'il lie le plaisir avec l'augmentation de tension et permet de supporter cette dernière".

La rétention, dit-il, n'est pas seulement une conduite érotique. Elle est aussi à l'origine de la retenue valorisée par l'éducation. Ce qui rendrait les enfants éducatibles est leur soif d'amour et d'estime : l'enfant modifie sa pulsion anale pour se faire aimer de ses parents. L'enfant qui demande le pot renonce ainsi au plaisir érotique qui se trouve compensé par l'amour qu'il reçoit de sa mère pour sa bonne conduite.

C'est à ce plaisir auto-érotique rétionnel que certains enfants encoprétiques ne renoncent pas. FREUD dit qu'ils utilisent l'excitabilité érogène de la zone anale, se trahissent parce qu'ils retiennent leurs matières fécales jusqu'à ce que l'accumulation des matières produise des contractions musculaires violentes et que, passant par le sphincter anal, elles provoquent sur la muqueuse une vive excitation.

"On peut supposer qu'à une sensation douloureuse s'ajoute un sentiment de volupté".

Dans une de nos observations, un enfant d'une dizaine d'années se salit surtout en rentrant chez lui, et il raconte, au cours de la psychothérapie, qu'il ne peut pas aller aux W.C. en classe car d'abord

il craint de demander, puis ensuite il dit qu'il craint de faire des efforts pour rien, puis que, lorsqu'il va aux W.C., il a peur qu'on le voie faire et s'il fait surveiller la porte par un camarade il n'a plus envie. Puis quand il ressent un besoin trop fort, il se retient de toutes ses forces : il sent le bâton fécal sortir de l'anus de quelques centimètres et c'est seulement alors qu'il se décide à envisager une évacuation complète aux toilettes. Mais alors il se trouve pris dans un dilemme impossible : ou courir, et dans l'effort exonérer dans sa culotte, ou aller lentement en serrant les fesses, mais bien trop lentement pour prévenir une évacuation intempestive.

On retrouve ici :

- l'érotisation de l'effort musculaire rétionnel, le sentiment de volupté au passage de la muqueuse ano-rectale, puis de l'orifice anal avec la persistance de l'érotisme dans la défécation proprement dite, qui prête lieu, comme on le voit, à toute une élaboration, mais aboutit de toute manière à l'accident ;

- la notion de plaisir solitaire et d'équivalent masturbatoire de l'encoprésie ;

- et on retrouve enfin l'inquiétude de faire un effort, de pousser pour rien, en rapport probablement avec des angoisses de castration.

II- Que représente donc ce contenu intestinal que l'enfant veut bien retenir, puis rejeter dans le pot à la demande de sa mère : un véritable objet de sa toute puissance.

C'est une partie du corps que l'enfant veut bien donner à sa mère ; c'est le premier cadeau et, symboliquement, l'inconscient confond d'ailleurs le cadeau, puis l'enfant.

Par ailleurs, ce contenu, dit FREUD, précède

un autre organe essentiel dans son aspect de corps excitant. En effet, il suffit que quelque chose, à un moment donné, ait appartenu au corps de l'enfant pour qu'il ne perde plus complètement cette qualité ; les fèces, protubérances provisoires et peu durables, quoique reproduites, peuvent servir de support au complexe de castration : c'est un pénis partiel que l'enfant peut avoir peur de voir échapper. On dira plus loin l'angoisse de l'enfant pour pousser sur le pot, l'angoisse de voir ce morceau de soi emporté dans un torrent d'eau des W.C., déclenché par la chasse d'eau.

Au maximum, c'est une véritable angoisse de morcellement qui peut saisir l'enfant, et nous avons noté qu'à plusieurs reprises des enfants encoprétiques en rééducation pleuraient après l'émission de selles qu'ils voyaient dans le pot.

Si cette évolution vers la coprophobie et le don de ces selles en cadeau ne se font pas, si l'enfant se dresse contre l'éducation de la propreté, sa rébellion peut prendre la forme d'une tendance à la saleté, de jeux fécaux ; et nous connaissons un enfant qui, devenu propre pendant son hospitalisation, continuait à barbouiller les murs des W.C. avec ses matières et à les laver d'ailleurs lui-même.

Cette tendance à la saleté peut paraître sublimée en jeux de terre, de boue, de modelage, utilisés en psychothérapie.

Les équivalents plus ou moins tardifs témoignent de la nostalgie du sujet pour ce qui est sale et interdit :

- malpropreté générale, corporelle, vestimentaire ;
- goût des plaisanteries grossières ;
- désordre moral, matériel ;
- vie sexuelle désordonnée.

Mais aussi, l'angoisse provoquée par les pulsions anales tendant au goût de la saleté et à la

destruction aboutissent à la création de formations réactionnelles pour apaiser l'angoisse et constituent alors des éléments infiltrant le caractère, lui donnant un aspect particulier par un hyper-contrôle dans différents domaines :

- méticulosité, ordre, parcimonie, obstination ... que nous verrons plus loin ; mais aussi lenteur, indécision.

III- Cette acquisition de la propreté et plus exactement de la maîtrise sphinctérienne se situe au coeur de la relation mère-enfant.

L'action de la mère tend à imposer une conduite éducative. La prédominance de la punition ou de la récompense va donc colorer l'image que se fait l'enfant de sa mère.

= La précocité de cette tentative d'éducation sphinctérienne est un point sur lequel il faut insister ; certaines mères obsessionnelles mettent très tôt leur enfant sur le pot et lui demandent de se retenir à une époque où l'enfant est encore souvent incapable de savoir ce qu'on attend de lui, sous peine de rupture affective, et à une époque où l'enfant n'a pas encore acquis la maîtrise des sphincters.

On lui défend ce qu'il ne peut éviter et on l'oblige à une contention dont il n'a pas les moyens.

LECHAT dit, dans son mémoire sur "Le Sentiment d'insécurité", que "l'éducation peut être déséquilibrante en raison des positions contradictoires de la mère qui, pendant les premiers mois, témoigne sa satisfaction devant les fèces, puis change d'attitude en marquant un dégoût auquel l'enfant ne se trompe pas".

D'ailleurs, ce caca-cadeau fait aussi figure de sale, de vilain caca, et même on le jette.

LECHAT continue en disant qu'il vient un moment où les effets de ce type d'éducation aboutissent à la constipation. La rétention, comme nous l'avons déjà vu, pouvant caractériser la peur d'exprimer l'agressivité.

La mère s'affole alors qu'on lui a paradoxalement obéi ; vient l'ère des suppositoires, des lavements et de nouveau la mère montre son contentement devant l'exonération qui lui répugnait, fixant et prolongeant la relation mère-enfant dans une zone érogène qui devra être abandonnée plus tard au profit du pénis.

Les soins locaux de la mère pour l'enfant, sa fixation rigide aux selles, son intérêt tout court pour lui seront tout autant de bénéfices secondaires qui maintiendront l'enfant dans un état de dépendance dont il lui sera dangereux de sortir, dépendance à laquelle il aspirera au moindre conflit anxiogène à la période phallique qui suit cette période anale.

Le Docteur RAMZY, dans "Facteurs et traits de la névrose compulsive de l'enfance", dit, en effet, que "le comportement de la mère en général (et plus particulièrement dans le cas des suppositoires-lavements motivés par l'anxiété de la mère ou les nécessités d'une affection organique authentique) a un caractère intrusif dans les relations avec le père, chronicisant le symptôme d'une part par les bénéfices secondaires et d'autre part en rendant plus difficile l'identification au père dans les rapports qui conduisent à l'Oedipe.

Observation N° 1

L'enfant Pierre André, né le 6 Mai 1963, a été hospitalisé dans le Service le 2 Janvier 1967 pour troubles importants du transit intestinal.

C'est le deuxième de 3 enfants très rapprochés.

Il se situe entre deux filles. L'aînée, Frédérique, a exactement un an de plus ; la troisième, Cécile, a 18 mois de moins que lui.

La grossesse a été normale. L'enfant a été nourri au sein pendant trois semaines. Il a eu ensuite une alimentation diversifiée très rapidement et est devenu très vite constipé.

Les difficultés de transit n'ont pas cessé depuis cet âge de 3 mois. Au début, la mère extrayait à l'aide d'une épingle à cheveux de son chignon les selles de l'anus de son bébé. En même temps, l'alternance de laxatifs (paraffine, gelée), suppositoires, lavements. Au moment de l'apprentissage de la propreté, l'enfant a été très vite propre au point de vue urine, tandis qu'il continuait à avoir des selles (toujours après laxatif ou lavement) dans ses couches, puis dans ses culottes. En effet, la mère mettait l'enfant sur le pot ; il pouvait y rester des heures ; il ne faisait jamais dans le pot et toujours dans sa culotte.

A 18 mois, la petite soeur Cécile est née. Il semble que les choses s'aggravent plutôt. L'enfant ne va à la selle que très rarement, toujours dans ses culottes, toujours très culpabilisé de voir ses culottes sales, et surtout toute la répercussion de son comportement sur sa mère et son père. En effet, il est à cette époque très grondé. La mère se reproche en même temps de ne pas avoir été assez sévère pour la propreté et ne pas s'en être assez occupée.

C'est au cours de l'été 1965-1966 que les choses s'aggravent. Pierre André devient de plus en plus constipé, n'émet, après lavement, que très peu de selles très dures, au point qu'en Juillet 1966, où il n'est pas allé à la selle pratiquement depuis plus d'un mois, le médecin de campagne où la famille passait ses vacances demande une hospitalisation d'urgence devant la masse abdominale fécale.

Il est hospitalisé début Septembre 1966 dans le Service du Professeur PELLERIN, où on évacue un énorme fécalome et où on trouve un mégacolon fonctionnel. On élimine très rapidement une maladie de Hirschprung (la biopsie rectale est normale). L'enfant est hospitalisé pendant une quinzaine de jours, avec interdiction totale des visites de la famille. La mère vient le rechercher au bout de 15 jours. Il lui est rendu par l'infirmière qui lui dit qu'il est allé normalement à la selle sur le pot et que c'est à la mère de jouer maintenant.

C'est à la sortie des Enfants-Malades que le pédiatre de la famille m'adresse l'enfant pour décider soit d'une psychothérapie ambulatoire, soit d'une hospitalisation dans le Service du Professeur LAUNAY avec psychothérapie. La psychothérapie est d'abord commencée de façon ambulatoire - deux séances par semaine ; le résultat est très rapidement spectaculaire sur le comportement général de l'enfant qui, au départ, anxieux, inhibé, muet, sidéré, collé à sa mère, se détache peu à peu et arrive à un jeu riche, mais dont la particularité la plus visible est le fait suivant : tout jeu, ou toute activité qu'il se propose est arrêté très brutalement dès qu'il sent qu'il commence à y prendre intérêt. Les séances sont donc extrêmement contrôlées. L'agressivité est seulement suggérée, de même que le dégoût pour la saleté (il essuie dès qu'il y a une goutte d'eau) et pour tout ce qui est anal. La psychothérapie est faite en présence de la mère. Celle-ci se précipite en particulier une fois avec les mains en coquille pour ramasser ce qui sort d'un taille-crayon tenu par l'enfant : image tout à fait frappante de son comportement vis-à-vis des selles de Pierre André. Les objets agressifs, tels que revolvers, bâtons, etc... le tentent beaucoup, mais il s'en sert avec infiniment de précautions et ne va jamais jusqu'au bout de son geste.

De nombreux entretiens avec la mère au cours de cette psychothérapie montrent que celle-ci ne peut absolument pas modifier son attitude quant aux selles

de Pierre André : "Il ne sait pas pousser, il ne peut pas aller sur le pot, il a sûrement quelque chose". Elle continue à lui faire des lavements en goutte-à-goutte, à lui mettre des suppositoires (douloureux, dit-elle). Il n'est question toute la journée que de l'émission de ses selles. Les autres enfants s'en mêlent, en particulier la plus jeune, Cécile, qui est une enfant extrêmement brillante et développée, qui lui apporte son pot pour lui démontrer ce qu'elle sait faire.

Dans ces conditions, la situation continue à s'aggraver. Pierre André retient jusqu'au liquide des lavements, et un nouveau fécalome se constitue et demande une nouvelle hospitalisation aux Enfants-Malades, en attendant, d'accord avec le Professeur PELLERIN, qu'il y ait une place à l'Hôpital Hérold.

Milieu familial :

Le père n'a été vu qu'une seule fois. Il semble aussi axé que sa femme sur les selles de son enfant, et voudrait une attitude rigoriste. Il paraît assez obsessionnel.

La mère est avant tout une femme anxieuse et coupable. Elle est coupable vis-à-vis de sa famille qui lui a dit qu'elle ne saurait jamais élever des enfants, vis-à-vis de son frère surtout, qui est un père de famille extrêmement sévère et qui lui reproche de tout laisser à veau-l'eau. Elle est d'ailleurs en conflit très aigu avec ce frère, qui était le préféré de sa mère. Elle était l'aînée de plusieurs enfants. Deux ou trois sont morts entre elle et son frère, au cours de la petite enfance, et sa mère aurait reporté toute son affection sur le frère, la fille aînée se débrouillant très bien et devenant la confidente de la mère.

Au cours des entretiens, elle a pris conscience que son attitude vis-à-vis du symptôme de son fils était tout de même assez particulière, dans la mesure où son anxiété que l'enfant n'ait pas de sel-

les l'amenait à un comportement coercitif de tous les instants et centré sur l'anus de son fils. Elle se reproche au contraire de ne pas avoir été assez attentive, de ne pas s'occuper de l'éducation sphinctérienne de ses enfants.

D'autre part, à côté de ce sentiment, elle montre de manière plus discrète que son attitude vis-à-vis de ce fils est tout de même d'une grande agressivité. Elle dit craindre énormément de se trouver seule avec lui au cours des visites à l'hôpital, de retarder l'heure de le rencontrer, de ne pas savoir du tout jouer avec lui, de pouvoir seulement lui raconter des histoires. Il est certain qu'elle est, avec cet enfant, sur un plan verbal qui la rassure depuis très longtemps ; dès l'âge de 15 mois, Pierre André avait un langage très développé et elle pouvait obtenir ce qu'elle voulait de lui par un raisonnement très circonstancié.

Au cours du dernier entretien (Janvier 1967), elle s'accuse en même temps d'être très agressive vis-à-vis des médecins du Service, en disant que tous ces interrogatoires où elle se contredit n'amèneront à rien. Elle met l'accent sur le fait de ce qu'elle se sent coupable de se contredire. En fait, elle appelle une aide plus profonde, et lorsqu'on lui parle de psychanalyse personnelle, elle répond très directement qu'elle y a déjà pensé. On lui dit alors que c'est une décision à prendre avec beaucoup de précaution, mais qu'il faut qu'elle sache que c'est un traitement long, difficile, qui remet en question toute son enfance, et qu'elle doit en discuter avec son mari.

Ainsi, la passivité anale de Pierre André a été largement satisfaite par l'anxiété et l'agressivité de la mère, lui infligeant très tôt des lavements, des suppositoires ; plus tard même, Pierre André revenant d'un des séjours hospitaliers, elle organisa des simulacres d'hôpital, faisant faire des lavements à son fils par une de ses amies, déguisée en infirmière.

L'activité de Pierre André consistait à refuser le pot et à retenir précocement ses matières, ce qui témoigne d'une maturation motrice précoce et d'une érotisation très précoce de la musculature ano-rectale.

Pierre André est actuellement âgé de 5 ans et demi, et malgré plusieurs essais de contact de notre part, la mère a refusé de nous donner de ses nouvelles. Fortuitement, nous avons appris qu'il était devenu propre, mais nous formulons les plus grandes réserves sur sa structure mentale future.

= Certaines mères, rigides ou impatientes, supportent mal par ailleurs au moment de l'apprentissage du contrôle sphinctérien l'apparition de conduites qui semblent sous-tendues par les premiers signes de l'angoisse réalisant une sorte de jeu fonctionnel ritualisé :

Ce sont les petits rites de la défécation, la peur d'avoir à s'asseoir longtemps sur le pot, d'avoir à pousser pour déféquer, la peur de voir disparaître ses selles dans la cuvette à cause de la chasse d'eau.

o c

Nous devons insister maintenant sur deux points qui nous paraissent importants :

* La situation du stade anal après le stade oral et avant le stade phallique, particulière dans le dynamisme de l'évolution libidinale de l'enfant.

1°- Nous avons vu que ce stade anal fait donc suite à la période orale, période de dépendance absolue de l'objet à la mère, où le besoin ne peut être satisfait que par son intermédiaire, satisfaction apportant plus encore la quiétude que le plaisir.

A cette époque, toutes les carences de soins, les difficultés de relations en général, voire les maladies variées de la petite enfance ont pu faire apparaître le monde extérieur comme insuffisant et insécurisant et l'enfant va pouvoir trouver un mode de satisfaction, comme nous l'avons vu, dans l'auto-érotisme du stade anal.

. On insiste beaucoup dans la genèse de la fixation au stade anal sur les difficultés ayant été observées pendant la période orale et dans toutes nos observations, peu d'enfants que nous avons vus encoprétiques ont eu une période orale normale facile ; dans chaque cas, ou presque, elle était perturbée par des placements multiples faisant envisager des soins insuffisants et un maternage pauvre, par des troubles alimentaires ; avec une certaine fréquence, nous avons observé des troubles du sommeil importants.

. Dans un certain nombre de cas dont nous reparlerons, l'enfant avait déjà senti sa muqueuse anale irritée pendant cette période orale, soit par des diarrhées chroniques, soit par des suppositoires, des lavements prescrits pour une constipation authentique précoce, fonctionnelle, ou secondaire à une maladie organique. De toute manière, ce sont ces enfants qui, s'ils ne restent pas fixés au stade anal par le biais de l'encoprésie à prédominance rétentionnelle, pourront y revenir par la suite, devant l'apparition des conflits, des angoisses :

- à l'entrée à l'école, où l'enfant fait la preuve d'une certaine fragilité dans ses rapports avec sa mère ; l'anxiété de la séparation devient peur de grandir, retour aux satisfactions érotiques antérieures avec maintien d'une dépendance accrue avec la mère par le biais du symptôme, lui-même source de bénéfices secondaires : scolarité irrégulière, voire interrompue, soins de la mère ...

- la naissance d'un enfant cadet entraîne aussi des frustrations affectives vécues avec une angoisse

d'abandon en même temps qu'une certaine agressivité à l'égard de la mère. Un enfant qui avait été propre à l'âge de 18 mois, quoique resté énurétique, présenta une encoprénie quelque temps après la naissance d'une petite soeur, alors qu'il avait trois ans ; en même temps, il devint agressif, grossier à l'égard de sa mère, comme dégoûté par le sexe féminin. "Ça pue la bonne femme", disait-il en jetant les vêtements de sa mère.

- la mort d'un père a été, dans nos observations, le point de départ de quelques cas d'encoprésie ; mais nous reverrons ce problème.

Nous venons de voir comment cette période orale fragilise l'enfant et le rend plus sensible aux satisfactions de la pulsion anale.

A cet égard, Anna FREUD rapporte une observation qui nous paraît intéressante et curieuse :

"Un garçon dans sa phase anale exaspérait sa mère par sa persistance à se souiller : il résistait à tous ses efforts pour le faire déféquer en temps et lieu, puis il se salissait d'un bout à l'autre dès qu'il était laissé à lui-même. Un jour, il fut surpris parlant à ses excréments, leur demandant de venir et de lui tenir compagnie.

Il apparut alors que, dans sa première année, il avait été exposé à des séparations traumatiques d'avec sa mère et qu'il avait souffert de la négligence des étrangers qui prenaient soin de lui, de changements bouleversants de l'entourage, et Anna FREUD pense qu'au cours de ces événements, sa libido s'était retirée du monde objectal et retournée vers les produits du corps", ceci posant les problèmes entre l'échec de la relation d'objet, dit-elle, et le rehaussement de l'analité, et nous pourrions dire aussi l'entrée dans la psychose ou la névrose obsessionnelle.

2°- Le stade anal est le lieu électif de régression chez le garçon devant l'angoisse de castration,

régression qui, comme nous l'avons vu, est favorisée si une partie de la libido est restée fixée à l'anūs, c'est-à-dire :

- si la période d'éducation, quoique ayant abouti à la propreté, s'est effectuée dans un climat conflictuel, l'enfant ayant renoncé seulement dans les faits au plaisir de se souiller ;

- si la muqueuse a été irritée ou

- si la période orale a été difficile.

Le problème de la mort du père comme point de départ de quelques cas d'encoprésie peut entrer dans ce cadre-là, véritable régression de défense devant la présence unique, désirée et culpabilisée, de la mère.

* Le deuxième point sur lequel nous voudrions insister est celui de la surdétermination du symptôme encoprétiqūe. Celui-ci est loin d'être univoque, même au moment de son installation.

La rétention s'accompagne d'une satisfaction auto-érotique, mais aussi de la peur d'exprimer l'agressivité que représentent les fèces ; la fonction anale proprement dite, c'est-à-dire l'exonération volontaire ou involontaire, peut être associée à une véritable angoisse d'atteinte corporelle, de destruction, de représsailles, d'abandon, en réponse à la signification agressive des selles dans la culotte.

Le Docteur RAMZY, dans un ouvrage déjà cité, rapporte une observation qui expose précisément la surdétermination de l'exonération : il parle d'un enfant qu'il a vu, à l'âge de 3 ans, et qui depuis l'âge de 2 ans fait diminuer le nombre de ses selles tandis que sa mère poursuit le dressage de la propreté, acceptant seulement d'uriner sur le siège des W.C..

En revanche, il présente un comportement compulsif où, plusieurs fois par jour et chaque fois qu'il a besoin d'excréter, il se met debout, les

jambes très fortement croisées, se met à transpirer tout en criant, ceci pour éviter compulsivement d'aller à la selle.

Pendant la psychothérapie, il apparaît, au fur et à mesure, des thèmes d'empoisonnement, de contrôle de toute agressivité ; violence et colère, aboutissant à un danger de castration qui peut suivre toute extériorisation de l'agressivité. Mis brutalement sur le pot par sa mère, il fait de grosses selles, puis se met à pleurer et ne s'arrête que lorsque sa mère lui promet qu'elle ne le quittera pas. (Pendant plusieurs semaines avant l'âge de 2 ans, l'enfant a eu des problèmes alimentaires graves avec douleurs intestinales et vomissements fréquents du biberon pendant longtemps).

En partant de cette observation, nous avons plutôt en vue certaines de nos encoprésies qui ne sont que des encoprésies mécaniques, secondaires à des constipations qu'on pourrait dire psychogènes.

La surdétermination du symptôme au cours de sa chronicisation nous est apparue comme un point fondamental. L'encoprésie est d'abord le reflet des échecs de l'oralité, puis des angoisses et des conflits phalliques, et l'intrication aux bénéfices secondaires, progressivement installés, contribue à rendre difficile l'éclaircissement du symptôme.

o o

Nous terminerons ce chapitre en évoquant la classification actuelle des encoprétiqes.

La classification la plus récente et la plus claire revient à Michel FAIN, Michel SOULE et L. KREISLER. Ils ramènent tous les cas d'encoprésie qu'ils ont observés à 4 types auxquels s'attache tout naturellement un qualificatif social :

- le délinquant,
- le clochard,

- le pervers,
- l'infirme.

Une des altérations communes à ces petits patients se situe au niveau de l'intégration sociale : "Dans de tels cas, une activité liant érotisme et agressivité apparaît comme altérant souvent une évolution psychologique complexe, utile à une bonne insertion au milieu social".

Le type délinquant :

Ce sont des enfants méchants, préparant leur coup d'avance, dont l'encoprésie est faite de selles bien moulées, lâchées volontairement avec un plaisir indéniable. Les parents sont en général impuissants et débordés facilement par tous les problèmes de l'existence.

Le type passif ou clochard :

L'enfant se "laisse aller" passivement.

Le sphincter anal ne jouant pas son rôle, l'enfant fait alors d'abondantes selles molles dans ses culottes. Le fond familial est souvent fait d'abandon, faisant vivre l'enfant dans une ambiance de carence affective, éducative et souvent aussi matérielle.

Le pervers :

Chez qui l'encoprésie se situe dans un mouvement de repli auto-érotique, sans retentissement relationnel important. Il est fréquent que le reste du comportement soit tout à fait normal.

L'infirme :

Il s'agit d'enfants ayant présenté depuis la première enfance des troubles digestifs et plus particulièrement intestinaux, propres au mégacolon congénital le plus souvent, mais aussi à des malfor-

mations rectales. Ces affections ont nécessité très tôt dans l'enfance des interventions chirurgicales avec hospitalisation les séparant du milieu et polarisation de l'attention de la mère, ainsi que de soins sur la région anale, satisfaisant la passivité anale par les lavements, les suppositoires et différents soins.

Chez ces enfants, la rétention des fèces est involontaire et non érotisée au début, mais elle conditionne un certain type de comportement de la mère qui ne correspond pas à sa personnalité, et ainsi la fonction anale devenant au fur et à mesure extrêmement investie, l'enfant tire profit de cette rétention qui lui permet de grands bénéfices et une étroite intimité avec la mère.

M É T H O D O L O G I E

1) - Le premier temps de notre enquête a consisté dans le dépouillement des dossiers où l'encoprésie avait été signalée.

Nous avons relevé 162 cas pour la période de 1959 à 1968, comprenant 132 garçons et 30 filles ; nous nous sommes plus particulièrement intéressée aux enfants ayant fait l'objet d'une hospitalisation car les dossiers étaient les plus approfondis, soit 80 cas.

Rappelons brièvement en quoi consiste l'hospitalisation en milieu spécialisé : il s'agit d'un déconditionnement en salle d'observation où les enfants sont en petit nombre, dirigés par des éducatrices spécialisées et vivant une existence non grabataire ; ils s'habillent le matin, ont des activités dans la journée. Les entretiens psychothérapiques ont lieu pendant le séjour et ils sont rarement nécessaires ensuite. Ils passent régulièrement une radio sans préparation de l'abdomen et l'élimination d'un fécalome est parfois nécessaire par un lavement à l'eau oxygénée. L'enfant est envoyé régulièrement aux toilettes trois fois par jour, et lave lui-même ses slips s'ils sont sales.

En même temps, des entretiens ont lieu avec les parents. Des psychothérapies d'indication plus prolongée ont été assez rares, environ 20 cas dans notre groupe.

II)- Nous avons ensuite adressé une convocation aux familles en explicitant le sujet de notre enquête et ainsi nous avons envoyé 90 convocations. 19 familles ont bien voulu donner une réponse à notre convocation, mais nous n'avons pu approfondir les recherches pour les gens dont l'adresse était erronée ou pour ceux qui s'étaient refusés à répondre.

Nous avons néanmoins tenté une deuxième action en envoyant un questionnaire à ces familles ; enfin nous avons pu prendre contact avec quelques instituts médico-pédagogiques ayant pris en charge certains enfants après leur sortie d'hôpital.

Le questionnaire était orienté premièrement vers quelques données de l'évolution psychomotrice de l'enfant, en particulier l'âge de la propreté, les tactiques de la mise sur le pot par la mère.

La deuxième partie du questionnaire évoquait plutôt l'adaptation scolaire ou professionnelle, l'adaptation familiale et les traits de caractère faisant une grande place aux troubles dits anaux : ordre, méticulosité, lenteur, parcimonie ..., enfin l'adaptation sociale, les loisirs ainsi que l'intérêt pour le sexe opposé.

Nous avons pu avoir, en conclusion, des nouvelles de 49 enfants sur lesquels 33 d'entre eux avaient été hospitalisés avec un recul de 2 à 9 ans, 16 d'entre eux n'avaient pas fait l'objet d'une hospitalisation.

o. o

Nous nous sommes demandé, premièrement ce que devenait le symptôme lui-même, et deuxièmement quel était le fond mental de ces enfants quand ils étaient devenus grands.

QUE DEVIENT LE SYMPTÔME LUI-MÊME :

Tout de suite après l'hospitalisation :

En dépouillant les dossiers, nous avons constaté que 12 enfants sur les 80 hospitalisés étaient sortis, soit encore franchement encoprétiques, soit souillant seulement leurs slips (Dans 5 autres cas, les parents, très anxieux, la mère en particulier, culpabilisés par l'implication personnelle que représentait à leurs yeux l'hospitalisation, ont écourté celle-ci).

Pour éviter les rechutes, nous avons déjà vu que, dans 20 cas, une psychothérapie prolongée a été indiquée et les mesures de placement en milieu psycho-pédagogique ont fréquemment été prises, la rechute étant à craindre le plus souvent dans les milieux carencés affectivement et perturbés.

A long terme :

Sur les 33 enfants qui avaient été hospitalisés avec lesquels nous avons pu prendre contact avec un recul de 2 à 9 ans, nous avons constaté que 11 d'entre eux sont encore encoprétiques : 2 ont 7 et 9 ans et leur hospitalisation date de 3 et 4 ans ; les autres ont déjà entre 12 et 17 ans ; deux n'ont qu'une encopresie très épisodique.

Sur les 16 enfants n'ayant jamais fait l'objet d'une hospitalisation, 2 sont encore sales :

- un très épisodiquement, et quand il revient de son institut médico-pédagogique, en vacances dans son foyer ;

- l'autre, âgé de 17 ans, est très nettement encoprétique ; nous verrons plus loin l'observation détaillée de son cas.

Il ne nous est pas possible de tirer des conclusions qui seraient trop hâtives sur la différence des résultats sur le plan du symptôme entre les sujets

ayant été hospitalisés et ceux qui ne l'ont jamais été.

Nous avons essayé de saisir quelles étaient les raisons pour lesquelles ces enfants étaient restés "sales" jusqu'à des âges assez avancés.

Il nous est apparu que le milieu a une place prépondérante dans le maintien du symptôme.

1°- Un milieu déséquilibrant matériellement et affectivement contribue à accentuer l'angoisse de l'enfant et ses frustrations, faisant de l'encoprésie souvent une attitude somatique auto-érotique compensatoire. Deux observations, de Bruno et Gérard, pourront éclairer notre point de vue.

Observation N° 2

Bruno B..., né le 11 Septembre 1954, est connu du Service depuis 1962, alors qu'il avait 8 ans.

Il avait été adressé pour une encoprésie sans énurésie et un trouble du langage important.

C'est le troisième enfant d'une fratrie qui comprend une fille aînée de 12 ans, et un garçon de 10 ans en 1962, ne posant pas de problème.

Bruno n'a jamais eu aucun contrôle sphinctérien de ses fèces ; il n'a jamais fait sur le pot, y restant des heures pour finalement faire dans sa culotte des fèces en petite quantité et sèches. Plus tard, les selles sont devenues liquides, entraînant constamment la bande de cellulose qu'il portait dans sa culotte.

L'évolution psychomotrice de Bruno a été lente : il a marché à 3 ans $\frac{1}{2}$, commencé à parler tard et fait des phrases seulement à l'âge de 5 ans.

Un audiogramme a d'ailleurs montré une légère

hypocousie de transmission sans doute due à un processus de rhino-pharyngites répétées, mais l'enfant s'est toujours comporté comme entendant très bien. Il a présenté un eczéma infantile et une ectopie testiculaire qui n'a nécessité aucune intervention chirurgicale.

Sur le plan scolaire, il n'a fait que le cours préparatoire et il a été très vite rejeté à cause de l'encoprésie.

A l'âge de 8 ans, il est apparu comme un enfant timide, inhibé, collé à sa mère, jaloux de ses frères et sœur et jouant le plus souvent seul de façon presque stéréotypée.

Des essais de psychothérapie avaient été tentés, associés à des conseils éducatifs, mais ont dû être abandonnés en raison de la passivité de l'enfant. En revanche, la rééducation du langage a nettement amélioré ses possibilités.

Bruno a été hospitalisé en Juin 1965 pendant un mois, à l'âge de 11 ans.

L'échelle d'intelligence révéla un retard mental : échelle performance = 84 dont il faut seule tenir compte en raison du gros retard scolaire qui justifie sûrement un décalage de l'échelle verbale à 66.

Le C.A.T. révéla une fixation-dépendance de la mère dont l'absence entraîne une forte anxiété, se manifestant par la peur d'être mangé, ou d'être volé. La mère apparaissait très affectueuse, surprotectrice. Le conflit père-enfant au sujet de la miction était aussi patent.

Bruno apparaissait très anxieux, centré sur son tube digestif, et son appareil urinaire. Il avait mystifié, avec l'aide de sa mère, le thème de l'ectopie testiculaire : "Deux messieurs qui se disputent et ne veulent pas sortir".

Dans le groupe, il craignait la bagarre ; très doux, achetait l'amitié des autres avec des jouets et

des friandises, jouait très peu ; il resta encoprétique malgré les lavements et la rééducation sphinctérienne, ce qui contribua à l'isoler du groupe.

Il se livrait à de très longues fabulations exprimées sérieusement malgré les moqueries des autres.

Hospitalisé de nouveau en Septembre 1965, il apparut alors extrêmement passif ; l'encoprésie ne le dérangeait nullement ; il faisait lui-même sa lessive plusieurs fois par jour.

Son infantilisme affectif était toujours aussi frappant : il suçait son pouce, se consolait avec son ours, dormait avec lui, parlait bébé.

Le lavement baryté montra pour la deuxième fois un fécalome qui fut éliminé par lavement à l'eau oxygénée et l'hypotonie sphinctérienne observée alors disparut, mais l'encoprésie résista obstinément.

En désespoir de cause, un essai de traitement plus invigorant fut tenté : "Tu indisposes tous les autres. A partir d'aujourd'hui, tu restes dans ta chambre jusqu'à la propreté totale". Quelques jours d'isolement amenèrent la disparition du symptôme.

En même temps qu'il acquit la propreté, Bruno devint plus dynamique, plus actif, effectivement aussi plus mûr : il abandonna son ours pour des jeux de mécano, fit des progrès scolaires, commença à lire, acquit quelques bases de calcul

Pour que cette évolution positive pût se poursuivre, l'enfant fut envoyé à l'aérium d'Ars en Ré, où il fit un premier séjour du 20 Janvier 1966 au 20 Juillet 1966, et là il apparut de nouveau lointain, dans un état d'apathie paralysante et l'encoprésie rechuta rapidement.

Les tentatives d'isolement ont toujours été couronnées de succès. Bruno devenait propre et de nouveau dans le groupe, il redevenait sale. En réalité, Bruno a avoué lui-même qu'il trouvait com-

mode d'échapper, pendant un séjour à l'infirmerie, au travail scolaire, à la vie active. Ce n'était pas les camarades qu'il fuyait, c'était l'effort, si minime soit-il. Il se plaisait à cette vie larvaire et ne désirait qu'une chose : vivre à l'hôpital.

Il revint donc dans le Service pour une nouvelle hospitalisation qui va durer de Septembre 1966 à Février 1967.

Sur le plan de la propreté, il devint propre en trois jours et se salit de nouveau pendant 3 jours, à la suite d'une sortie avec sa mère. Néanmoins, pendant cette période de propreté, il salissait les murs des W.C. avec ses matières et les nettoyait ensuite lui-même.

Son comportement avait peu évolué sur le séjour de Janvier 1966 : passivité, intérêt limité à très peu d'activités, infantilisme affectif, refuge dans la fabulation, peu de langage, ne prononçant correctement que si l'adulte le reprenait, sans aucun progrès scolaire.

Il repartit de nouveau à Ars-en-Ré.

Bruno parut s'être débarrassé enfin de cette apathie : il se faisait même réprimander en classe, participant aux jeux d'équipe, cessant de fabuler, confiant mais toujours très docile.

Il n'a pas encore été fait allusion, dans cette observation à la famille, très pathologique :

La mère a 35 ans lors de la première hospitalisation de Bruno. Elle se révèle très déprimée, agoraphobique, ayant présenté des épisodes syncopaux, et avoue avoir été incapable de prendre aucune initiative pour son fils.

La gestation a été perturbée par un état d'anxiété et de dépression qui s'est maintenu 3 ou 4 ans après la naissance de Bruno. Madame B... restait parfois toute la journée dans le noir, sa propre mère s'occupant des enfants, pendant les différents séjours

d'Ars-en-Ré, et par la suite elle ne pourra même pas assumer le voyage.

Le père, 40 ans en 1965, était chauffeur de cars, éthylique, supportant peu le contact humain, désirant obtenir le calme et le silence à tout prix chez lui, refusant de sortir et il brutalisait même Bruno en raison de son encoprésie. Actuellement, il tromperait sa femme.

La mésentente conjugale a toujours été patente.

Nous avons revu Bruno le 25 Mars 1969.

Bruno est actuellement âgé de 14 ans $\frac{1}{2}$. Il est rentré chez lui depuis le mois de Juin 1968. L'encoprésie est réapparue progressivement et reste toujours un sujet de conflit très important avec la mère, en même temps qu'il est très culpabilisé par celle-ci. La mère accuse Bruno de la rendre malade, et depuis son retour Bruno s'oppose avec une certaine violence aux contraintes de la mère, à ses punitions inconsidérées, alors que jusqu'à présent il était d'une extrême passivité. Il faut signaler que cette encoprésie est bien isolée et ne s'accompagne pas d'énurésie nocturne.

Bruno raconte avec des détails témoignant d'une grande fierté qu'il arrive à faire de temps en temps des matières de très grande abondance dans les W.C., mais que cela se passe dans le noir car "il n'y a pas de lumière". Il dit aussi avec une certaine naïveté qu'il a peur de tomber malade s'il ne "fait" pas tous les jours, comme l'en a menacé sa mère, et aussi se trouve rassuré même si les matières sont dans la culotte.

L'entretien fait apparaître Bruno comme assez épanoui, sans inhibition, ni angoisse. La verbalisation est assez bonne pour un Q.I. à 88. Il parle volontiers de son père en montrant qu'il rentre avec réticence dans le jeu familial qui consiste à conspuer le père, le rejeter, refuser de lui parler. Il a quelques projets d'avenir, comme devenir électricien pour pouvoir aider sa mère, ou tout au moins "faire quelque chose pour elle".

Il dort bien, est un peu boulimique et vit avec une certaine anxiété les disputes conjugales qui sont souvent d'une grande brutalité. Mme B... reproche son infidélité à son mari alors qu'elle ne se gêne pas pour parler de ses amants devant ses enfants.

En classe, il a noué une bonne relation avec le maître qui s'intéresse à lui et qui semble lui donner une assez bonne image d'identification. L'encoprésie y serait moins fréquente.

Le reste de la fratrie ne pose pas de problème. La fille aînée vient d'avoir son Bac et le garçon termine un C.A.P. de secrétariat.

Il a donc suffi que B... revienne en famille pour que le contrôle sphinctérien, déjà précaire, disparaisse complètement.

Dans ce milieu familial rejetant, inconsistant et anxiogène, il joue de ses matières à plaisir. L'encoprésie est vécue sûrement avec une angoisse de morcellement entraînant une rétention importante, constipation elle-même dramatisée par la mère. Actuellement, elle traduit son insécurité, son impossibilité d'adaptation au milieu familial tel qu'il se présente.

Ses possibilités intellectuelles sont actuellement trop faibles pour pouvoir améliorer son champ d'investigation, et la seule possibilité d'amélioration réside dans un nouveau placement.

Ce cas entre dans le groupe des encoprétiques de type passif, où le trouble est lié à un sentiment profond d'abandon se traduisant par une absence d'intégration de l'éducation sphinctérienne.

Le sentiment d'abandon entre en résonance avec le problème de la "mauvaise mère" que représente sûrement Madame B...

En effet, il peut se produire une révolte contre les normes admises socialement puisqu'il n'y

a pas plus d'avantage à les observer qu'il y a, au contraire, bénéfice de sécurisation dans une réponse agressive contre le monde imaginativement construit à l'image de la mère dangereuse. La révolte ou la domination et le contrôle de soi par soi paraissent à l'enfant plus sécurisants que la soumission à laquelle il n'a rien à gagner. En effet, "il n'y a pas d'image de bonne mère dont il puisse obtenir la bienveillance conditionnée par l'obéissance à la mauvaise", dit LECHAT.

En général, l'enfant opte pour une position d'agressivité, mais parfois il opte pour une passivité à outrance.

Bruno représente, selon le mot de P. MALE, un véritable "inéduqué de l'instinct". Peureux, débile, aux investissements pauvres et fragiles, futur parasite en marge de la société.

o o

Observation de Gérard

Gérald, né en 1953, est âgé actuellement de 15 ans $\frac{1}{2}$. Il est connu du service depuis 1963 où il avait été adressé à l'âge de 9 ans $\frac{1}{2}$ pour une anxiété très vive apparue quelque temps après le départ du père, alors qu'il avait 7 ans, une énurésie quotidienne, diurne et nocturne, une encoprésie diurne et des troubles alimentaires importants.

C'est le troisième enfant d'une fratrie de 3 enfants dont l'aîné, Jean-Claude, âgé actuellement en 1969 de 24 ans, est typographe en Suisse et doit se marier. Il avait fait lui-même l'objet, à l'âge de 18 ans, d'un placement correctionnel.

La deuxième enfant, Martine, est actuellement coiffeuse, après avoir suivi une scolarité défail-lante (retard scolaire de 2 ans).

L'évolution psychomotrice de Gérard a été

normale en dehors du fait qu'il n'a jamais été propre.

Il a toujours eu un caractère très dur, autoritaire, violent ; très fixé à sa mère, voulant qu'elle le déshabille, l'habille, le mette sur le pot, craignant beaucoup de la quitter. Il faisait de très vives colères, lançant des objets à la tête de tous ceux qui l'entouraient, sauf précisément de sa mère, dont il accaparait au maximum l'affection. Il était en effet, à 9 ans, très jaloux de sa soeur Martine lorsqu'elle revenait du centre d'observation où elle passait la plupart de l'année.

Il obéissait à sa mère servilement, lui embrassait les mains et ne pouvait supporter qu'elle s'occupe d'autres enfants.

Ayant toujours fait pipi au lit, l'énurésie diurne avait recommencé alors qu'il avait été mis en pension. Quant à l'encoprésie, elle était plutôt intermittente, Gerald se souillant de temps en temps.

Lors de la première consultation, la mère apprit qu'il était propre si celle-ci le mettait sur le pot, sinon il disait qu'il n'en sentait pas le besoin. C'était en effet un très gros effort pour lui d'aller aux W.C. spontanément, et il semble qu'il lui ait fallu toujours la permission de sa mère.

En classe, il faisait tous les jours dans sa culotte, mais ses résultats scolaires étaient plutôt bons, jusqu'à ce qu'un changement de directeur, moins tolérant, intervienne, créant une ébauche de refus scolaire : Gerald à cette époque ne travaillait plus, tentait de s'enfuir de la classe, et l'encoprésie était devenue très importante.

A la même époque, son sommeil était peuplé de cauchemars et il appelait souvent sa mère.

Lors de la première consultation, le père de Gerald a 42 ans. D'abord confectionneur, il a été par la suite arrêté et incarcéré pour proxénétisme.

La mère, elle-même âgée de 36 ans, avait déjà tenté d'assassiner son mari. Incarcérée à Rochefort, elle avait été remise en liberté provisoire à la demande du mari.

En 1961, alors que Gérard avait 7 ans, les parents se séparent et les enfants sont laissés provisoirement à la charge de la mère, femme agressive, nerveuse, peu coopérante.

Les disputes au foyer jusqu'alors étaient perpétuelles, mais il semble que le père ait toujours préféré Gérard avec lequel il était beaucoup moins violent.

Depuis son départ, les deux enfants aînés se félicitaient de l'absence du père, tandis que Gérard pleurait dans son lit devant les photos de son père sans toutefois parler de lui.

C'est dans ces conditions que Gérard est hospitalisé à 9 ans $\frac{1}{2}$.

Il apparaît alors comme un enfant pâle, petit, craintif. Avec les autres enfants, il se révèle intolérant, bagarreur, donnant des coups de pied sours, voulant toujours être le premier, accaparant l'attention au point que les autres enfants se plaindront de lui.

Avec l'adulte, il se montre à la fois opposant, inerte, boudeur et très captatif.

Les activités d'expression libre sont difficiles ; il gomme beaucoup, recommence, supporte mal les échecs, est très minutieux. Il ne veut jamais donner ce qu'il a fait.

Les visites de la mère sont toujours de mauvais moments car elle reproche toujours quelque chose au personnel et en même temps couvre son enfant de baisers, refuse la discipline des visites, et l'encopré-sie qui avait pratiquement disparu au début de l'hospitalisation au fur et à mesure de l'installation des visites va devenir très fréquente, tandis que l'énurésie persistera.

Cette hospitalisation, au mois de Juillet 1963, s'étant révélée insuffisante, et Gérald ayant continué d'être fortement encoprétique, en même temps que son comportement devenait beaucoup plus troublé (vols, fugues), Gérald est hospitalisé une deuxième fois en Septembre.

L'encoprésie sera quotidienne jusqu'à ce que son frère lui amène des vêtements personnels, Gérald supportant mal le linge de l'hôpital, ne voulant pas se laver, refusant obstinément d'utiliser le savon.

Dans le groupe qui comprend plusieurs enfants, il se fait remarquer par des propos douteux concernant les rapports sexuels ; mais dès que le groupe se restreint, il devient plus calme, plus sage, veut faire de la peinture, du mécano ; mais avec l'adulte il est toujours à la fois triste, inhibé et revendeur affectif.

Le T.A.T. révèle un grand besoin de réussite, d'accomplissement en dehors de sa famille ; des traits d'anxiété, en particulier l'image paternelle se révèle très négative, à la fois vieille, insuffisante à l'aider, et en même temps l'empêchant d'être près de sa mère.

Au terme de cette hospitalisation, Gérald sort propre quant aux matières et l'énurésie est devenue intermittente. Pour éviter un retour dans ce foyer très pathogène, il est placé en aérium, puis en I.M.P.. Il va y rester pendant trois ans.

Il suit d'abord le Cours Élémentaire 2ème année ; mais toujours indiscipliné, jouant un jeu de passivité, lointain, désabusé, se disant incompris, ne montrant ni agressivité, ni révolte, mais un conformisme lui simplifiant la vie quotidienne. Toujours minutieux, réussissant bien dans les activités demandant précision, patience, imagination créatrice.

En classe, les résultats sont bons. Le quotient intellectuel effectué au Wisc en 1963 révèle un niveau performance à 117, un niveau verbal à 99

et l'ensemble à 109.

Les visites de la mère vont se faire de plus en plus rares, celle-ci cessant complètement de venir voir son fils au bout d'un an et Gérard n'allant chez sa mère seulement qu'au moment des vacances.

Le comportement de la mère marquait toujours une grande ambivalence, fait de démonstrations affectives spectaculaires associées à des reproches véhéments pour des motifs futiles. Et au retour des vacances, le comportement de Gérard était toujours un peu plus aggravé.

Le Q.I. fait aux Aubrais en 1967 révélait une échelle de performance à 129 et une échelle verbale à 113, ce qui montrait bien l'importance de l'inhibition des fonctions intellectuelles au sein de son milieu familial perturbé, et son épanouissement dans l'I.M.P. malgré de grandes difficultés d'adaptation.

Il est donc sorti propre en Juin 1968, moins dépendant de sa mère mais toujours très fragile et n'ayant pas revu son père depuis l'âge de 7 ans.

Le séjour aux Aubrais s'était donc révélé relativement satisfaisant, avec une progression scolaire nette, mais une démission devant la fréquentation des classes secondaires après avoir passé le C.E.P..

Sur le plan affectif aussi, il avait évolué : énurésie et encoprésie avaient disparu ; la fixation infantile et névrotique d'abord entretenue par la mère était moins intense et l'on assistait à un début d'autonomie de sa part. Malheureusement, l'évolution pubertaire, l'éloignement, au propre et au figuré, de la mère et la longueur du séjour ont entraîné la dernière année une régression avec isolement trop marqué au sein de la collectivité, aussi bien en groupe qu'en classe. Grâce à son intelligence (113-129), il a toujours réussi à s'adapter au moins superficiellement à cet internat, mais sa coopération a été vraiment extrêmement limitée à la fin du séjour, son inertie croissante, le tout associé à des périodes dysphoriques intermittentes et à agressions

verbales vis-à-vis de certains camarades.

Dans l'impossibilité de trouver une place en internat spécialisé pour adolescents, non plus qu'une solution scolaire ou professionnelle satisfaisante dans son cas, nous avons été amenés à le rendre provisoirement à sa mère, en espérant trouver dans la région parisienne une solution dans son cas, ne serait-ce que d'externat scolaire ou pré-professionnel.

Le retour en famille a, semble-t-il, aggravé une situation déjà précaire, avec inertie totale à toutes les sollicitations, aussi bien médicales que pédagogiques (essai de psychothérapie non suivi, essai de l'école à l'hôpital, et de cours particuliers abandonnés par lui-même). Les différentes interventions de l'assistante sociale, de l'éducatrice qui l'a bien connu auparavant, ont été sans suite auprès de lui, cependant qu'en famille il régressait en s'isolant dans un apragmatisme et une passivité habituelle, émaillés d'actes agressifs à l'égard de sa soeur ou de sa mère.

C'est ainsi qu'il ne peut quitter sa mère quand il est dehors, refusant d'aller se baigner sans elle pendant les vacances. De retour chez lui, il reste au lit des heures, bricole et en bricolant casse tout : le lustre, l'évier, les carreaux. Rien ne l'intéresse, il vide avec désinvolture son café sur le tapis, s'enferme dans la maison laissant sa mère dehors, refusant toute aide en famille. A la fois jaloux de sa soeur, de sa mère qui dit de lui : "On s'adore mais on ne peut pas se supporter", témoignant bien ainsi de l'ambiguïté de leurs relations. Il l'enlace, est tendre avec elle, veut l'embrasser quand elle rentre ; en même temps, l'encoprésie réapparaît.

C'est dans ces conditions que Gérard fait un nouveau séjour de deux semaines pour un nouveau bilan. Et il s'avère que même en dehors de son cadre familial, Gérard reste très peu coopérant, résistant aux différentes sollicitations de l'éducatrice et de l'entou-

rage pour telle ou telle activité en salle, passant son temps à écouter passivement de la musique ou à fumer des cigarettes.

Différents entretiens avec médecins, psychologues, assistantes sociales, aboutissent pratiquement à des impossibilités d'adhésion par désintérêt ou refus des différentes solutions proposées.

Dans ces conditions, une psychothérapie ambulatoire, d'ailleurs déjà tentée sans succès, ne nous a pas paru possible. Le maintien en famille ne peut qu'aggraver sa régression et sa fixation ambivalente à nouveau retrouvée à l'égard de sa mère, évidemment tout à fait débordée par cette situation. D'autre part, l'absence d'actes délictueux caractérisés et d'agressivité autre qu'épisodique ne nous permet pas de le considérer comme un adolescent délinquant.

Enfin, l'observation nous a permis d'éliminer les suspicions d'évolution schizophrénique que nous craignons depuis plusieurs mois en raison de l'aggravation de son état^{et} de son isolement progressif.

Gérald craint toujours beaucoup la collectivité et fait souvent de longues rêveries compensatrices où il imagine qu'il fait de grands voyages tout seul. Il n'a pas d'ambition, mais s'intéresserait peut-être à la photographie.

Nous avons porté intérêt à cette observation en raison de la rechute encopréatique de cet adolescent revenu en famille, après un séjour en I.M.P. où la maîtrise sphinctérienne s'était maintenue.

L'atmosphère familiale est toujours perturbée par la présence de deux femmes et l'absence du père, et le départ de l'I.M.P. s'accompagne sûrement d'une perte d'images structurantes, même si cette structuration s'est faite au prix d'un certain isolement.

La recherche de la position passive, la provocation masochiste perpétuelle colorent le comportement de Gérald.

2°- Le milieu peut être perturbé dans son harmonie profonde par un des membres de la famille qui est directement impliqué dans le déterminisme du symptôme.

L'observation d'André révélera le rôle chroniquisant pour le symptôme de la mère masochiste, passive.

Observation N° 4

André, né le 23 Juillet 1951, âgé actuellement de 17 ans $\frac{1}{2}$, est le deuxième enfant d'une fratrie de deux.

Il a été vu récemment à l'occasion d'un contrôle et présente encore une encoprésie intermittente avec énurésie nocturne quotidienne.

Les renseignements que nous possédons sur sa biographie tiennent compte de deux rapports d'expertise et de deux entretiens avec la maman.

A l'âge de 7 ans 7 mois, il est l'objet d'un traumatisme crânien ; renversé par une voiture qui s'enfuit, il reste dans le coma une demi-heure "sur le talus" et ne reprend connaissance que chez sa mère, appelée d'urgence. Il n'est pas hospitalisé et l'on n'observe pas de fracture à la radio.

Dans les jours qui suivent cet accident, André se plaint de céphalées persistantes, de troubles du sommeil, cauchemars (sa mère couche avec lui pour le calmer et couchera encore très longtemps).

Une énurésie diurne et nocturne avec encoprésie quotidienne qu'il n'avait jamais présentée auparavant apparaît ; en même temps, un échec scolaire s'établit, il se met à confondre les lettres alors qu'il lisait couramment à 7 ans, et s'isole.

Un E.E.G. fait 3 mois après l'accident ne montre rien de particulier. Son comportement devient celui d'un instable avec des périodes d'anxiété alternant avec des périodes d'apathie avec rêverie.

Il fait un séjour d'un mois dans un établissement pour énurétiques qui ne l'améliore pas ou peu et le retard scolaire s'aggrave : il redouble le C.E. 2ème année, puis le Cours Moyen ; toujours instable, fatigable, accumulant les fautes d'orthographe, surtout dans la deuxième partie du devoir, il est mis en marge du groupe, traité de "pisseux".

Une cure psychothérapique à raison de deux séances par semaine, de 1960 à 1962 (c'est-à-dire de 9 ans à 11 ans), est toujours sans effet au point que l'on est amené à lui faire un E°G qui se révélera normal. En même temps, on tente une rééducation de l'orthographe. André aurait eu une dysorthographe.

Progressivement, il va devenir moins instable, souffrant moins de ses céphalées, et au P.M. 48 en 1963 il donne des réponses normales pour son âge.

Il fait l'objet d'un deuxième rapport d'expertise à l'âge de 14 ans 11 mois, en 1966, où il apparaît que tous les troubles se sont aggravés : céphalées, troubles du sommeil, terreur nocturne, encoprésie deux fois par jour et énurésie quotidienne. La mère est toujours d'une patience extrême et tolère au maximum ces troubles du comportement, couchant avec lui pendant les terreurs nocturnes. En effet, aux moindres frustrations, il crie, injurie sa mère, fait de petites fugues, ne tolère aucune remarque sur la propreté et parfois paradoxalement se montre très serviable à la maison.

Son travail scolaire est toujours médiocre : il est apathique, fatigable, rêveur ; il reste solitaire, se promène et ne sait dire où il est allé, n'a aucune activité, met 3 mois à lire un livre, bricole seulement quelques maquettes de bateaux.

A cette époque, le quotient au Weschler Bellevue indique un niveau de 86 et on constate qu'il

existe un net facteur de détérioration : série de chiffres, cubes de Kohs sont très mal réussis.

Antécédents :

André est né dans des conditions normales ; c'était un gros bébé élevé quelque temps au sein, puis au biberon (abcès du sein de la mère) ; il refuse ensuite le sein proposé de nouveau. Il a eu dans sa toute petite enfance des troubles du sommeil au point que sa mère le nourrit au biberon la nuit jusqu'à l'âge de 9 mois. Il n'a jamais eu de diarrhées ni de vomissements.

Il a marché à 13 mois, a parlé tôt. La propreté a été acquise complètement entre 3 et 4 ans. C'était un enfant agité qui déchirait volontiers ses vêtements.

L'école maternelle a été très bien acceptée à l'âge de 4 ans, et il savait lire couramment avant l'accident.

D'après la mère actuellement :

En 1969, donc à 17 ans, André est toujours énurétique-encoprétique. L'énurésie est quotidienne. L'encoprésie apparaît plusieurs fois par mois. Il a eu son certificat d'études et suit un enseignement technique à St-Cyr.

Il est plus calme, moins brutal, mais les colères restent violentes quand on lui parle de sa propreté. Il est très dépensier, peu coquet, instable dans ses amitiés, suggestible et dernièrement il serait allé se promener avec un jeune pré-délinquant du voisinage, pyromane.

Il est devenu asthmatique depuis 2 ans au moins et la mère a tenté de faire mettre ce symptôme sur le compte du traumatisme comme complication à distance.

Il lit très peu, ne fait qu'un peu de bricolage utilitaire.

Milieu familial :

La mère est un personnage très particulier, hyper-anxieuse. Elle a eu André à l'âge de 38 ans, après avoir perdu un enfant à l'âge d'un mois, pendant la guerre de 1939 ; un deuxième enfant, Jacques, est né 10 ans après, au retour de captivité du père, puis André 2 ans après. Elle paraît hyper-protectrice, tentant d'éviter au maximum les conflits. Elle dit ne vivre que pour se sacrifier : "Je vis pour les autres, je ne vis pas pour moi, il n'y a pas de mère qui aurait fait ce que j'ai fait". Son masochisme est extrêmement intense et érotisé, et il n'a trouvé sa mesure que dans les souffrances que lui a fait subir son fils : "Qu'est-ce qu'il ne m'a pas fait !...", dit-elle avec commisération.

Elle a un caractère anal très important, fait constamment des réserves, est très méticuleuse, s'exprime très lentement avec une foule de détails, un maniérisme et une retenue importants. Son dialogue est constamment ponctué de phrases rituelles. Elle a fait entrevoir à son fils toutes les catastrophes qui pourraient lui arriver si elle tombait malade et s'il se retrouvait seul : "Sa carrière est brisée, c'est un enfant foutu". Elle parle beaucoup d'argent, de dépenses que son fils lui fait faire, des économies qu'elle doit faire car "nous ne sommes que des ouvriers". Mais l'agressivité est très contrôlée, ce qui frappe c'est le ton de sacrifice consensuel, le masochisme moral.

Dans un premier entretien avec elle, il a été très difficile de connaître le comportement de son fils car elle ne parlait que de ce qu'elle faisait pour lui. Elle est très ambivalente à l'égard des produits médicaux et pense que son fils va mieux depuis qu'elle l'a emmené trois mois à Lourdes.

Elle lui a fait subir deux expertises médico-légales qui, pour être très positives, ne lui ont apporté aucun soutien pécuniaire. Elle a l'impression même que les experts sont peu dignes de foi et lui sont hostiles.

Le père est âgé de 55 ans; il est décrit comme un homme qui a beaucoup souffert lui aussi, qui n'a plus la même résistance depuis sa captivité, qui démissionne volontiers de toutes les responsabilités, et il semblerait qu'elle se refuse néanmoins à accuser cette tendance. Elle parle aussi de lui comme d'un homme qui ne serait plus qu'un objet de patience pour elle.

Jacques, le frère aîné de 2 ans, a été un enfant sans problème, mais on a été obligé de le placer dans un internat tellement André accaparait l'attention et tous les soins familiaux, et André pense que son frère lui voue une agressive indifférence.

En 1969, André apparaît comme un garçon de belle taille, bien développé, s'exprime sans anxiété ni inhibition, avec toutefois une légère instabilité.

Il dit qu'il fait ce qu'il veut de sa mère, mais que sa relation avec son père est extrêmement difficile. Il le décrit comme contraignant, avec des colères impulsives d'une violence telle qu'il lui a souvent fait peur : "Si je n'avais pas été là, ma mère l'aurait quitté", "il fait des promesses qu'il ne tient pas". C'est donc aussi un père décevant.

Le père lui a refusé une mobylette dernièrement : il se l'est payée avec ses économies (caddy au golf de St-Cloud pendant les vacances), ce qui a rendu le père furieux. Il est donc capable d'économies.

André est effectivement casse-cou et a déjà eu deux accidents en mobylette. Il dit que son père l'empêche de sortir, ne veut même pas qu'il aille au cinéma le dimanche après-midi, à tel point qu'André se sent dans un milieu à la fois hostile, peu compréhensif, persécuteur et peu vitalisant : "Je ne compte plus que sur moi".

Nous lui avons fait passer un test de Rorschach dont voici le compte rendu :

L'ensemble du protocole souligne un niveau d'appréhension très pauvre. Ceci contraste avec certaines remarques du sujet, extérieures au test, marquées de finesse.

La pauvreté de l'appréhension se caractérise par :

- une inhibition de la pensée très importante,
- une activité associative très freinée :

tendance à la stéréotypie,

- une incertitude intérieure très marquée :

- . flou de la pensée,
- . jugement difficile,
- . tendance à la méticulosité.

Dans le même sens, l'on note :

- une sphère affective très rétrécie :

- . possibilité de contacts et d'investissements limitée ;
- . inhibition particulièrement marquée devant les figures masculines ; grand malaise devant tout ce qui évoque la virilité.

- Thèmes de castration stéréotypés.

En conclusion, le protocole souligne une structure mentale et affective bloquée, ou pour le moins très peu dynamique. Le sujet utilise tout ce qui lui est proposé sur un mode défensif d'évitement, de fuite, d'incertitude surtout.

Sans que l'on puisse parler de véritable névrose obsessionnelle, l'ensemble est cependant très teinté d'obsessionnalité, avec pour thème dominant, même stéréotypé, celui de la castration.

Ainsi, André présente une encoprésie secondaire apparue tout de suite ou presque après un trauma crânien. Cette perte brutale de tout contrôle anal s'associe à la perte du contrôle urétral et du contrôle moteur et affectif en général puisqu'il ne tolère aucune frustration et casse faci-

lement.

1)- L'acquisition de la propreté a été déjà tardive, vers 3 ou 4 ans.

2)- Ce trauma crânien important représente une véritable sidération catastrophique pour un organisme jeune immature, avec un Moi encore fragile.

Par ailleurs, C. KOUPERNIK dit que le problème de l'enfant réside essentiellement :

- dans les difficultés scolaires et intellectuelles,

- une diminution du contrôle thymique et de la possibilité opérationnelle.

La régression est une réaction névrotique propre à André, sous forme d'énurésie et d'encoprésie, mais nous ne l'avons pas observée dans les rapports sur les séquelles psychiques des traumatismes crâniens chez l'enfant. L'anxiété très vive (qui se traduit par ces symptômes) est un retentissement de l'accident vécu en tant que menace, véritable réactivation de l'angoisse de castration, amenant à une régression d'autant plus facile que, comme nous l'avons vu, l'acquisition de la propreté a été assez longue et sûrement conflictuelle avec cette mère à caractère obsessionnel ; que la période orale a été difficile ; que l'angoisse de castration avant même l'accident devait être vive (cette mère qui a donné le biberon jusqu'à 9 mois la nuit, ayant des rapports très étroits avec son fils, et ce père vécu comme impulsif, inquiétant, punissant).

L'accident a sûrement été pour la mère une occasion de maintenir l'enfant sous sa dépendance, dans l'inaction, tout en se faisant à plaisir martyriser par lui (il faut souligner la culpabilité réactivée ressentie par la mère au moment de l'accident).

A cet égard, Mme R... réalise un certain type de mère de mauvaise qualité, la "surprotectrice"

qui immobilise les mécanismes d'auto-défense de l'enfant en les remplaçant par ses propres initiatives, le dévirilisant. Elle a sûrement cultivé l'idée qu'André s'est fait de son impuissance devant le monde extérieur, de son échec, valorisant au maximum le traumatisme. Elle lui a aussi montré combien ce monde extérieur est fatal sans sa vigilance. Elle augmente la notion de péril, le démunit contre les moyens d'y parer, se rendant ainsi indispensable.

LECHAT appelle ce type de mère "une persécutrice de la protection".

Dans le cas d'André donc :

- on peut toujours se demander dans quelle mesure ce traumatisme n'a pas ici servi de facteur déclenchant ou de catalyseur à des tensions affectives antérieures.

- Par ailleurs, les tensions antérieures n'ayant pu s'assouplir, la surprotection dévirilisante a tendu à maintenir le symptôme.

Le maintien du symptôme semble une fonction d'André lui-même, mais aussi et en grande part de son milieu.

Il faut souligner l'apparition d'une maladie psychosomatique chez cet adolescent aux investissements pauvres, dont la vie phantasmatique est très freinée, l'incertitude intérieure marquée, le caractère infiltré de quelques traits anaux : incertitude, méticulosité.

o o

L'observation d'Ariane, âgée actuellement de 12 ans, est encore plus complexe et met en lumière les relations ambiguës (par l'intermédiaire du symptôme) qui lient Ariane et son père, lui-même atteint d'une névrose hystérique avec une anxiété très importante.

Observation N° 5

Ariane, née le 17 Novembre 1958, en Tunisie, a été examinée dans le Service le 3 Mai 1965, à l'âge de 6 ans $\frac{1}{2}$ pour encoprésie avec énurésie diurne et nocturne.

La naissance a été tout à fait normale. Elle a été élevée au sein jusqu'à 7 mois, a fait ses premiers pas à 13 mois et dit ses premiers mots très tôt.

Ariane a toujours vécu avec ses parents en Tunisie jusqu'à 3 ans, puis en France ; mais dès l'âge de 3 mois, elle avait été confiée, les parents travaillant, à une vieille demoiselle Emma qui avait elle-même déjà élevé le père, et très vite Ariane avait reproché à sa mère de partir travailler et de la laisser avec Emma.

Ariane n'a jamais été propre, ni le jour ni la nuit. Elle n'a jamais été mise régulièrement sur le pot, et quand elle y était s'amusait, pour faire dans sa culotte quand on la lui remettait. Elle avait, en outre, une certaine tendance à la constipation.

Quand elle a 20 mois naît une petite soeur, Isabelle, dont elle a été sûrement jalouse, lui enlevant le biberon, et avec qui elle se dispute beaucoup encore.

Les accidents encoprétiqes surviennent n'importe où, à l'école, à la maison, en visite ; mais on a cependant remarqué que sa culotte était propre quand sa mère allait la chercher à l'école, alors qu'elle était souillée quand Emma allait la rechercher. Elle a une tendance à chaparder de petits objets, à fouiller dans l'armoire de sa mère. Très renfermée, et d'autres jours affectueuse et démonstrative.

Sur le plan scolaire, les résultats étaient bons en 6ème, au Cours Préparatoire.

L'hospitalisation avait été proposée à la mère à cette époque, mais devant son refus on tente une rééducation sphinctérienne faite par la mère tous les matins, et un abord psychothérapique de la petite fille. Une amélioration se fait sentir, quoique incomplète, et Ariane est hospitalisée le 12 Juin 1965. Si d'emblée Ariane ne manifeste aucune difficulté à se séparer de ses parents, ceux-ci paraissent très culpabilisés et essaient au maximum d'atténuer les difficultés qui n'existent en fait que pour eux.

Ils supporteront d'ailleurs très mal l'espace-ment des visites.

Le comportement d'Ariane, facile dans le groupe et avec les éducatrices, change tout de suite dès que ses parents ou des étrangers arrivent. Elle devient soit très surexcitée (rires immotivés, instabilité motrice, énurésie, encoprésie, coprolalie, onychophagie), soit très déprimée, passive, avec des crises de larmes et quelques mouvements impulsifs, mais toujours encoprétique et énurétique.

C'est plus particulièrement son comportement avec son père qui frappe : elle le provoque, lui dit qu'elle ne l'aime pas, le nargue constamment.

Il existe, pendant l'hospitalisation, quelques troubles du sommeil : elle pleure pour se déshabiller, refuse de se coucher, ronge beaucoup ses ongles avant (il faut noter qu'au foyer, Emma fait peur aux enfants le soir pour qu'ils soient sages).

Ariane quitte le Service au bout d'un mois, toujours encoprétique.

D'Octobre 1965 à Août 1966, elle suit une psychothérapie ambulatoire. Son entourage va un peu changer puisque Emma, ce personnage sadique et obsessionnel, a quitté le foyer, remplacée par la mère de Madame A..., plus faible et sans autorité.

L'encoprésie a quelque peu régressé, mais reste très variable.

En Janvier 1967, elle subit une amygdalectomie et après l'intervention son comportement s'améliore nettement. Elle ne se salit plus, devient très sage et tient des propos témoignant une grande admiration pour le praticien D.R.L..

Mais le retour en classe et de mauvais résultats scolaires dus à un certain retard font reprendre les troubles du comportement et le père rentre plus tôt le soir pour la faire travailler.

Sa psychothérapeute décide une deuxième hospitalisation en Mars 1967 devant sa surexcitation et son anxiété (dessine une prison avec une dame derrière les barreaux).

Elle est hospitalisée de nouveau pendant un mois, de Mars à Avril 1967.

Son comportement est toujours fait d'une grande excitation devant les étrangers, une instabilité de l'attention, un contact fuyant. Elle parle peu de chez elle et quand les parents sont là se montre intolérable (leur parle le dos tourné, se cache sous les lits pendant que le père essaie toujours d'attirer ses faveurs).

Dans les jeux, plus particulièrement de dînette, il est toujours question de petite fille méchante qui fait pipi. Elle se comporte très agressivement à l'égard des poupées : les pique, les enferme dans la petite maison, leur fait peur, met des médicaments amers dans le lait.

L'encoprésie est intermittente mais persiste, et l'énurésie est constante.

Le départ d'Ariane la rend extrêmement anxieuse.

Depuis son hospitalisation, Ariane a été suivie en psychothérapie. L'énurésie est toujours nocturne et diurne, l'encoprésie toujours importante, mais de toute manière, même si elle va aux toilettes, elle se salit ; c'est elle qui lave ses slips après les avoir cachés.

C'est une petite fille au visage tendu, maigrichonne, pâle, et qui n'aime pas se laver, dont le lien avec le père est toujours très important : elle voudrait qu'il l'embrasse sur la bouche, lui dit compulsivement le soir avant de se coucher : Je t'aime, je t'aime, le provoque en lui disant qu'elle a déjà choisi son futur mari ou qu'elle préfère sa mère.

Très coquette, met le rouge à lèvres de sa mère, ses toilettes, ses chaussures à talons, joue avec sa poupée et fait timidement du badinage.

La scolarité est moyenne ; elle est en 7ème, 20ème sur 30 élèves. Le Q.I. est de 100 au Terman Merrill.

La psychothérapie d'Ariane a commencé par une phase de très grande agressivité à l'égard de sa psychothérapeute, avec des passages à l'acte constants, l'enfant associant son attitude sadique avec la recherche d'un contact très érotisé, sur un mode personnel. Ariane lui disait des grossièretés, regardait sous sa jupe, lui enfonçait des crayons dans le sein.

Puis, au fur et à mesure, l'agressivité s'est exprimée sur la personne de la psychothérapeute. Le passage à l'acte laissant la place à une verbalisation meilleure ; elle imaginait des jeux scolaires où elle était une maîtresse brutale et méchante avec l'élève, et prenait le rôle de la maîtresse. Actuellement, le dessin, jusque-là très épisodique, apparaît, ceci à un moment où Ariane acquiert un meilleur contrôle sphinctérien.

= Le milieu familial est très particulier :

Le père est né en 1924 ; il est comptable, a arrêté ses études au Brevet élémentaire ; vient de passer son certificat d'aide comptable.

C'est un personnage très narcissique et sans autorité sur ses enfants ; anxieux, resté très fixé à Emma, et par son intermédiaire, ne laisse aucune initiative à sa femme.

Nous avons vu son comportement extrêmement possessif et ambigu à l'égard de sa fille. Sa femme dit d'ailleurs qu'il se comporte comme un amant et non comme un père. Il décrit son enfance comme un vrai calvaire, malgré une vie matérielle facile ; en proie à des angoisses diffuses devant une image paternelle impossible à égaler, faisant figure de "Sage". M. A... souffre de phobies multiples, d'une peur de mourir très vive. Ses craintes ont été les plus vives au moment où ses responsabilités professionnelles se sont accrues, lui donnant un rôle important. Il a fait alors un état dépressif, a entrepris une cure analytique après avoir consulté de nombreux psychiatres. Mais l'aspect frustrant de ce traitement l'a fait renoncer rapidement : il voulait une prise en charge par un autre que lui-même. Depuis il a repris une activité, mais préfère être à l'abri dans des postes subalternes.

Il intervient beaucoup dans l'encoprésie de sa fille ; s'occupant des punitions, lui ordonnant d'aller se laver. Cette encoprésie a aussi une valeur de "Code". Le père sait que sa fille est dans la même pièce que lui à l'odeur et avant de la voir la gronde.

Depuis qu'il a accepté de ne plus intervenir, Ariane se rapproche de sa mère, a commencé à être plus propre, la démission du père laissant la place à une ébauche d'identification à la mère.

La mère est beaucoup plus fine ; elle a une attitude très dynamique à l'égard de sa fille. Elle a eu elle-même une enfance difficile : son père était

agent de police et il l'attachait avec des menottes quand elle était petite.

Elle a un salaire plus élevé que celui de son mari et souffre beaucoup de la nonchalance de celui-ci.

Emma est sûrement le personnage qui a joué le plus grand rôle dans la petite enfance d'Ariane. C'est une Tunisienne célibataire, ancienne femme de ménage des parents de Mr. A..., qui a eu jeune elle-même un enfant qu'elle a abandonné et donné à une famille aisée. Obsessionnelle, tâtillonne, surveillant beaucoup les enfants, leur empêchant de courir le moindre risque, en même temps très sadique, elle surveillait la culotte d'Ariane tous les quarts d'heure et faisait peur aux enfants le soir.

Son départ a apporté un certain assouplissement de l'ambiance familiale, mais elle a été remplacée par la mère de Madame A... qui joue auprès de Mr. A... le même rôle qu'Emma auprès de sa femme, le dévalorisant, lui ôtant toute autorité

En conclusion, Ariane présente une encoprésie primaire avec une tendance rétentionnelle importante, des pulsions anales actives, qui se manifestent en faisant dans sa culotte après une station sur le pot prolongée et réclamée par un substitut maternel obsessionnel et agressif détesté. Après une période où les frustrations ont été fréquentes, et le monde extérieur vécu comme peu gratifiant et sécurisant (Cf. son comportement répressif, anxieux, destructuré devant des étrangers pendant l'hospitalisation).

Malgré un traitement prolongé psychothérapique, avec séparation du milieu familial, l'encoprésie persiste, ayant une valeur régressive, punitive devant l'angoisse oedipienne réactivée par le comportement gravement névrotique du père qui a une attitude fusionnelle avec sa fille, s'identifiant constamment à elle, tentant de pénétrer perpétuellement ses désirs. Cette attention du père pour sa fille

est réellement angoissante pour Ariane, alors dans le sens de ses désirs culpabilisés.

A propos de ce cas, on peut tenter de dire quelques mots de la compétition avec la mère, telle qu'elle existe à la phase sadique anale, particulièrement en ce qui concerne sa capacité d'enfanter. L'enfant souhaite, dit LECHAT, ce que sa mère peut réaliser : le nouveau-né, produit de la mère. La rivalité est centrée sur l'appareil de production dont dispose l'enfant : la défécation.

o o

Le dernier élément qui nous a paru intervenir dans la persistance du symptôme est l'association de l'encoprésie à une maladie intestinale.

Ainsi chez Thierry, atteint d'une rectocolite hémorragique, les accidents diarrhéiques surviennent fréquemment sous une forme encoprétique.

Observation N° 6

Thierry est le deuxième enfant d'une fratrie de deux que la mère amène à consulter en 1965 alors qu'il est âgé de 8 ans, pour une encoprésie apparue à l'âge de 6 ans environ.

L'élevage de Thierry a été facile, le contrôle sphinctérien obtenu à l'âge de 18 mois ; il a d'ailleurs été mis tôt sur le pot.

En même temps que ce contrôle apparaissent des signes d'opposition, des troubles de l'appétit.

Il supporte très mal l'entrée à la maternelle à 3 ans $\frac{1}{2}$ et pleure beaucoup.

En 1963; alors qu'il est âgé de 6 ans, il a une infection intestinale à Salmonelles qui provoque plusieurs selles par jour. Sa diarrhée s'améliore

avec des antibiotiques et Thierry garde tout de même son contrôle sphinctérien.

En Septembre 1963, la diarrhée reprend et le Professeur DUHAMEL fait le diagnostic de rectocolite hémorragique.

C'est en automne 1964 que l'encoprésie apparaît, diurne et nocturne, coïncidant avec un changement de groupe scolaire ayant abouti à un refus scolaire; un nouveau changement est nécessaire, faisant retourner Thierry dans son ancienne école.

La rectoscopie révèle un oedème de toute la muqueuse pendant cette période, avec ulcération piquetée hémorragique, une fragilité vasculaire et un dépôt muco-purulent étendu à toute la muqueuse. L'encoprésie est un phénomène associé très rarement à la recto-colite hémorragique.

C'est à cette occasion qu'en 1965 Thierry est hospitalisé : c'est un enfant très émotif, timide mais très contrôlé, docile. Un jour où il était un peu trop agressif, un peu rabroué, il redevient très vite trop sage, mais pendant l'hospitalisation il va se détendre.

L'encoprésie disparaissant, il ne sera plus obsédé par l'idée de "faire" et n'ira plus, comme autrefois, 36 fois par jour aux W.C. pour rien de crainte de se souiller.

Thierry est revenu en 1969 ; il est alors âgé de 12 ans. Il a actuellement de rares crises de diarrhée en cas de conflits scolaires, de mauvaises notes, et ces crises de diarrhée se produisent essentiellement dans la culotte au rythme d'une à deux fois par mois et en petite quantité.

La mère lui fait laver les slips et entre les crises il va à peu près deux fois par jour aux toilettes spontanément, s'essuyant tout seul.

Jusqu'à 10 ans, la mère l'a soigné et a largement pommadé son anus plusieurs fois par jour. Il avait aussi subi, vers 7 ans, des séances d'ionisation rectale.

Il suit une très bonne scolarité en 5ème : son quotient est de 116 au Terman ; il est meilleur à l'écrit qu'à l'oral, mais il reste paresseux, refusant l'effort quand il peut.

Il fait de la musique, de la flûte, et dernièrement a voulu renoncer, se trouvant trop fatigué. Comme il devait annoncer au professeur sa décision d'arrêter, une crise de diarrhée intense est survenue et il n'a pu se résoudre à affirmer son opposition, et le lendemain la diarrhée rétrocèda.

Il fait de la natation, du judo.

Pour évoquer son caractère, la mère dit : J'ai deux enfants ; il est parfois très gentil, affectueux, serviable, et parfois fait de très violentes crises de colère, et veut avoir le dernier mot.

Il est économe, assez coquet, doué d'une bonne imagination, méticuleux, organisé, très ordonné, avec une tendance à l'accumulation et en même temps débrouillard, actif.

A l'égard de sa mère, il est affectueux mais peu dépendant.

Les relations avec le père se sont nettement assouplies. Il va volontiers se promener avec lui, lui lave sa voiture, et quand il essaie de conduire c'est sur celle de sa mère.

Il semble qu'il y ait bien là plus un effort de séduction du père sur un mode passif qu'une véritable identification.

Chez cet enfant, on observe que l'apprentis-

sage de la propreté s'est effectué dans une atmosphère conflictuelle.

La libido s'est fixée à l'anus. Ses pulsions ont été sûrement très contrariées par une éducation trop précoce par une mère exigeante et frustrante en même temps que surprotectrice.

Ces diarrhées organiques ont polarisé de nouveau l'intérêt et les soins de la mère, satisfaisant la passivité anale, et maintenant l'enfant sous sa dépendance.

Le père souvent absent, vécu comme lointain et dangereux. C'est en période de conflit avec un nouveau maître que l'encoprésie apparaît.

On dit de la mère de l'enfant atteint de recto-colite hémorragique (J. CAIN, F. BONNEL) que son désir est de vouloir garder son enfant sous sa dépendance, mais de ne pouvoir le faire qu'en tant qu'il est malade, le rejetant lorsqu'il est bien portant. Ce qui crée pour la mère comme pour l'enfant une relation ambivalente dans laquelle les désirs agressifs de l'enfant s'expriment sous forme de culpabilité ou de symptôme.

Après différents entretiens, la mère de Thierry apparaît comme une femme vigoureuse, mais autoritaire avec une nuance de rigidité, ce qui ne l'empêche pas de surprotéger son fils, et de satisfaire à sa passivité anale par des suppositoires, des lavements, mais aussi déjà avant l'apparition de l'encoprésie par des satisfactions à le laver, l'habiller. Pendant les nombreuses absences du père, elle le prenait fréquemment avec elle dans son lit, réactivant par cette intimité les angoisses de Thierry. Le père donnant de lui une image lointaine, chargée par Thierry d'agressivité. Au C.A.T., les thèmes oedipiens sont apparus très fréquemment accompagnés d'un échec constant des entreprises et des ambitions.

Mais les cas de bonne évolution sont fréquents, même s'ils sont longs à obtenir.

Il nous est apparu que l'évolution est la plus favorable dans les cas associant :

- une anamnèse où les frustrations ont été rares ou absentes ;

- des images parentales solides et rassurantes. En particulier, une bonne relation paternelle paraît fondamentale.

- un bon équipement individuel (langage, intelligence, motricité).

Observation N° 7

Martine, née le 31 Octobre 1950, est âgée de 11 ans 9 mois quand elle est conduite pour la première fois, en 1962, à consulter en psychiatrie infantile pour une encoprésie secondaire apparue 4 ans auparavant, à 7 ans $\frac{1}{2}$.

En même temps que son comportement devenait agressif à l'égard de sa mère et belliqueux à l'égard de ses frères et sœurs.

Martine est l'aînée de 4 enfants.

Elle est née à Orléans, où son père, chef de service commercial, était logé dans un pavillon spacieux pourvu d'un jardin.

Après elle sont nés : un frère Philippe (1953) et une soeur Dominique (1955).

La petite enfance s'est passée sans difficultés ; elle a acquis un contrôle sphinctérien anal et urétral avant l'âge de 18 mois, mais vers 3-4 ans le transit intestinal est devenu plus capricieux, avec une alternance de diarrhée et de constipation prédominante.

C'est aussi vers cette époque, concordant avec la naissance de son frère Philippe, qu'elle commence à devenir autoritaire, casse-cou, "garçon manqué".

L'entrée à l'école est bien acceptée et les résultats sont bons.

Entre 1957 et 1958, différents changements importants surviennent :

1)- Le père de Martine quitte Orléans pour Courbevoie et l'appartement qui lui est alloué se révèle trop petit, sans jardin. La nouvelle école est elle aussi trop petite, peu aérée. Martine ne peut plus courir dehors, doit rester à la maison et les points de conflits avec la mère deviennent fréquents.

2)- Peu après l'arrivée à Courbevoie naît une enfant encéphalopathe, très arriérée, épileptique, et la mère, déprimée et profondément perturbée, est obligée de se consacrer entièrement à cette enfant, ce qui ne cesse de frustrer Martine et d'alimenter une jalousie facile à faire naître.

A partir de ce moment, Martine s'intéresse plus particulièrement aux enfants handicapés. "Une petite ", un béc-de-lièvre. L'encéphalopathe meurt en 1960. Martine a 10 ans.

Entre temps survient une fausse-couche de la mère pendant laquelle les voisins, l'assistante sociale, le père s'occupent d'elle, ce qui ne l'empêche pas de se sentir abandonnée et de clamer qu'elle a une mère malade et qu'elle est obligée de faire tout à la maison.

Seulement après une cinquième grossesse favorable qui calme les anxiétés de toute la famille, la mère un peu calmée s'occupera mieux de sa fille, qui devient ainsi moins instable, moins agressive.

C'est pendant cette période riche en frustrations motrices et affectives que l'encoprésie apparaît, intermittente d'abord, puis quotidienne, quand il est question d'un nouveau déménagement à Ermont où les frustrations motrices seront moins intenses.

Les règles, apparues à 10 ans, disparaissent au bout de 6 mois.

Le père de Martine est chaleureux. Martine le craint et lui reproche d'accaparer beaucoup sa mère. Il a lui-même eu une enfance privée de beaucoup d'affection.

A l'égard de Dominique, âgée de 7 ans, Martine est odieuse, jalouse, ayant l'impression qu'on lui préfère sa soeur.

Madame P... est une femme chaleureuse, mais minutieuse, contraignante, fragilisée par trois grossesses difficiles, source de grande anxiété. Elle est asthmatique, et sous prétexte que Martine étouffe dans cette maison étriquée, celle-ci ouvre grand les fenêtres de la maison, sachant que cela occasionne des crises d'asthme à sa mère.

L'encoprésie se situe d'ailleurs dans un climat très agressif à l'égard de la mère comme en témoignent les entretiens psychothérapiques.

C'est le soir, au retour à la maison, que surviennent les accidents. Martine se retient dans la journée et, en arrivant chez elle où se trouve sa mère, elle se dirige vers les cabinets et en ressort la culotte souillée à la main. Ce qui attire inévitablement les blâmes de la mère. Rituellement, la même cérémonie se produit presque tous les jours.

En salle d'observation :

Martine apparaît impulsive, égocentrique,

s'habillant en garçon, de façon négligée, regrettant de ne pas appartenir au sexe masculin.

Elle joue néanmoins à la poupée...

Il apparaît pendant les entretiens que la féminité est une source d'anxiété pour elle, à en juger par la fragilité de sa mère, les grossesses difficiles, le séjour hospitalier en raison de la fausse couche ...

Les règles ont été très mal acceptées, d'autant plus qu'elles sont survenues tôt et sans avertissement rassurant. Elle accueille avec soulagement une information sexuelle.

Au bout de 5 semaines, Martine rentre chez elle, ayant rapidement acquis une propreté complète. Son caractère est moins difficile. Elle est plus féminine, elle reprend une scolarité meilleure en 6ème ; son niveau d'ailleurs est très bon :

- Echelle verbale = 110
- Echelle performance = 128
- Ensemble = 122
- Son langage est bon et précis.

Par la suite, quelques accidents encoprétiqes sont survenus, rares et plus particulièrement au moment des règles ; témoins de son ambivalence à l'égard de la féminité.

Par ailleurs, elle se vantera d'être le chef d'une bande de garçons, tous amoureux d'elle.

Son agressivité à l'égard de sa mère restera vive. Voulant se marier rapidement, elle fait même une fugue un jour avec une camarade, pour signifier son anti-conformisme et son désir de se prendre en charge elle-même, refusant de s'identifier à sa mère en refusant les tâches ménagères, la vaisselle, préférant lire.

En classe, elle a un comportement hystéroïde avec une grande quête affective.

Martine est âgée actuellement de 19 ans en 1969. Sa mère raconte que l'amélioration de son caractère a été spectaculaire. Son encoprésie a complètement disparu depuis 1964.

Elle a fait un séjour d'un an en I.M.P. mais, insupportable, elle s'est fait renvoyer volontairement. Elle a passé son B.E.P.C., puis admise à passer, en 1967, en 2ème au lycée, elle refuse et passe, de sa propre initiative, l'examen d'entrée à la Banque B.N.P., où elle travaille depuis Octobre 1967.

Elle se fiance rapidement et s'est mariée récemment avec un jeune homme travaillant dans le même bureau, satisfaisant ainsi son désir d'indépendance, de compétition avec la mère. Il semble bien que ce mariage avec les satisfactions apportées à sa féminité l'ait beaucoup rapprochée de sa famille et de sa mère.

Elle reste toujours très exigeante, douillette, dramatisant le moindre "bobo", recherchant toujours l'attention des autres, réclamant des cadeaux. Elle s'intéresse beaucoup à l'argent et aux avantages matériels. Elle a décidé d'avoir son premier enfant bientôt.

Ainsi, nous constatons que l'encoprésie est survenue dans une période conflictuelle riche en frustrations motrices et affectives. Elle est, semble-t-il, du type actif, car Martine se retient volontairement et établit un jeu agressif avec sa mère, femme sûrement contraignante et perturbée profondément. Les pertes de la féminité semblent aussi lui être fermées, ce qui l'inquiète mais en même temps la rassure. L'encoprésie ayant une valeur de régression auto-punitive devant l'agressivité et le désir de compétition avec la mère pour accaparer l'intérêt du père, assez lointain. Le comportement "garçon manqué" a le même caractère défensif.

L'évolution, à la faveur d'entretiens psychologiques avec l'enfant et les parents, a été positive tant pour le symptôme que pour l'accession à la féminité que ce dernier contrecarrait.

La qualité du milieu familial est ici très favorable à une amélioration et à la disparition durable du symptôme.

Néanmoins, on ne peut pas manquer ici d'être frappé par la facilité de Martine à mettre en acte son agressivité. Encoprésie d'abord, tendance fugeuse, troubles du comportement en internat, refus de continuer la scolarité pour un "métier" avec ce que cela comporte de pratique et d'utilitaire, et enfin mariage plus que rapide.

Martine a une nette tendance à "comportementaliser" plus qu'à mentaliser.

o o

Observation N° 6

Denis est quatrième sur cinq enfants.

Il est hospitalisé dans le Service à l'âge de 14 ans $\frac{1}{2}$ en 1966 pour une encoprésie ayant commencé à l'âge de 10 ans.

En fait d'encoprésie, il s'agit plutôt d'une malpropreté quotidienne sans émission proprement dite de fèces.

Son évolution psychomotrice n'a été marquée par aucun incident, sauf quelques maladies infectieuses banales et un sommeil un peu perturbé par des cauchemars (bêtes féroces, serpents, feux) et des épisodes de somnambulisme.

La propreté sphinctérienne n'a jamais été, semble-t-il, acquise complètement ; il y avait déjà

eu des accidents encoprétiques à l'entrée à la petite école, puis à la grande école.

A 6 ans, en rentrant de l'école, il se précipitait aux W.C., souvent trop tard, et les accidents étaient fréquents.

Les difficultés d'adaptation scolaire ont été encore plus importantes au Cours Élémentaire avec une maîtresse sadique qui lui tirait souvent l'oreille. Denis avait pris l'école en horreur et ne cachait pas qu'il aurait préféré rester à la maison avec sa mère.

En parlant de ces accidents à l'école, il disait qu'il faisait dans sa culotte en classe car il ne pouvait pas arriver à se retenir.

De 6 ans à 10 ans, la propreté sphinctérienne semble avoir été pratiquement complète. L'encoprésie reprit alors qu'il était chez des grands-parents. Le séjour avait été motivé par la maladie d'un grand-père. Il fut alors obligé de coucher avec l'un de ses frères avec qui il s'entendait très mal. Le séjour dura 15 jours. L'encoprésie apparut non associée à une énurésie. Jusqu'alors, Denis avait été plutôt un enfant constipé.

Les parents disaient de lui qu'il était le plus doux, le plus gentil, mais aussi le plus passif de la fratrie qui comprenait alors une soeur aînée de 26 ans, aide-soignante, une autre de 21 ans, employée de banque, un frère Didier, âgé de 19 ans, en sciences expérimentales, avec qui la mésentente était frappante. Didier, très obsessionnel, rigide, dévalorisant à plaisir Denis d'autant plus que ce dernier se laissait faire facilement ; enfin, Sylvie âgée de 5 ans.

A 14 ans $\frac{1}{2}$, Denis préférait jouer avec les petits à la poupée, à la dinette, se contentant de lire des illustrés à la maison sans faire aucun effort.

Il était en première année de Technique ; il suivait bien, mais toujours très touché par la pros-
micuité, par les gros mots, par la mauvaise éduca-
tion des garçons, en particulier quand ceux-ci par-
laient trop crument des problèmes sexuels, à l'égard
desquels Denis était à la fois anxieux et inhibé,
prétendant : "Je suis trop jeune, ça ne m'intéresse
pas".

Il est hospitalisé en Juin 1966 pendant trois
semaines. C'est un enfant rougissant, inhibé, préfè-
rant aller d'abord dans le groupe des adolescents où
il a l'impression d'être un pauvre type de toute
façon, pensant que tout est perdu d'avance et croyant
être atteint d'une maladie intestinale irrémédiable,
rendant tout effort inutile.

Il parle beaucoup de sa situation d'infériori-
té à l'égard de son frère Didier qui le précède et
qu'il a toujours ressenti comme dominateur, agressif,
hostile. Il a longtemps partagé sa chambre et n'ose
élever la voix quand il est là que depuis peu de temps.

Le T.A.T. le révèle très conformiste, soumis
à la loi des parents dont il respecte l'autorité et
recherche l'approbation et la protection avec un
vague sentiment d'insatisfaction.

Le T.A.T. ne révèle aucune trace d'agressivi-
té apparente, et les parents paraissent fermes et
affectueux, quoique un peu lointains.

Pendant l'hospitalisation, Denis n'accepte
que difficilement une mise au point anatomique des
fonctions intestinales, et l'on s'aperçoit à ce
moment qu'il ignore tout des problèmes sexuels, ne
voulant pas les connaître. Il faudra quatre séances
pour qu'il accepte ces informations et vivement
soulagé, il prend rapidement une place meilleure dans
la salle, acceptant de s'opposer d'une façon plus
dynamique. L'encoprésie disparaît et Denis reprend
sa vie dans sa famille sans psychothérapie à propre-
ment parler.

Du milieu familial, il n'y a rien à dire à proprement parler de particulier : le père est représentant de commerce, il est bon mais très souvent absent. La mère apparaît comme une femme un peu trop protectrice, mais chaleureuse.

Denis est revu le 7 Décembre 1968. L'encoprésie n'est jamais réapparue depuis l'hospitalisation. Il dit qu'il est devenu très propre en "vieillissant" et se révèle très particulier par son ordre pour ses affaires personnelles : ses livres, ses disques, alors que ses vêtements sont souvent abîmés ou souillés. Il garde tout, ne jette rien, collectionne tout ce qui lui passe par la tête : porte-clefs, timbres ... ; joue de la guitare depuis un an et aimerait beaucoup faire de la peinture ; s'intéresse au judo, mais n'aime pas les sports d'équipe.

Il a obtenu son Certificat d'Etudes, puis son C.A.P. de menuisier-ébéniste et actuellement il suit des cours pour passer un brevet professionnel afin de devenir chef d'atelier. Il travaille beaucoup pour passer ce brevet technique ; il est ambitieux, doutant beaucoup de lui, minutieux, ne laissant rien faire par les autres, toutefois peu persévérant.

Il est devenu très autonome à l'égard de sa fratrie, mais en même temps très solitaire, préférant lire des poèmes, écouter de la musique. Il est calme, affectueux à l'égard de sa mère. Ses relations à l'égard de son père sont épisodiques et peu stimulantes car il le voit peu.

A l'égard de l'argent, il se révèle comme pour le reste, économe, organisé. Il commence à s'intéresser un peu à la compagnie des filles.

Ainsi, Denis a une encoprésie teintée d'une composante rétionnelle importante, puisqu'il était considéré comme un constipé. L'encoprésie est survenue nettement au moment d'un conflit scolaire,

le mettant en face d'une image maternelle angoissante.

Puis à 10 ans, dans une période où le conflit avec un frère aîné rigide lui faisait prendre un rôle passif, constamment dévalorisé. Très inquiet de la compétition avec les garçons, il préférerait la compagnie des filles et leurs jeux, se refusant tout rôle compétitif et valorisant ici la maladie et son impuissance à guérir.

Actuellement, si Denis est devenu rapidement propre et plus dynamique, il a une tendance à l'isolement et la pauvreté des investissements affectifs est nette.

On est frappé, dans cette observation, par le nombre de composantes anales de son caractère, une certaine féminité de ses goûts et une tendance à éviter au maximum les conflits. Il existe en même temps un certain épanouissement des fonctions intellectuelles et une ambition clairement formulée, de bon pronostic.

o o

Nous venons donc de voir deux observations d'évolution favorable quant au symptôme, grâce à un milieu familial homogène, non profondément perturbé et coopérant. Néanmoins, le fond mental de ces adolescents est totalement différent.

Denis apparaît un peu passif, rétréci, avec un caractère infiltré de nombreux traits obsessionnels.

Martine, hystéroïde, a tendance à traduire en comportement ses affects.

Nous donnerons quelques chiffres sur l'incidence de l'énurésie.

Sur les 44 cas revus, 24 avaient été énurétiques lors de la première consultation et 11 le sont encore.

Sur ces 11 cas d'énurésie persistante, 4 sont encoprétiques aussi.

Et parmi les 12 sujets restés encoprétiques dans notre enquête, 9 ont une encoprésie isolée.

o
o o

QUEL EST L'AVENIR DE CES ENFANTS
devenus pré-adolescents ou adolescents ?

Leur évolution affective et libidinale a été perturbée, voire bloquée, par ce symptôme qui, en outre, a été plus ou moins libéralement accueilli par l'entourage.

Nous avons entrepris notre enquête en ayant en vue le destin de l'érotisme anal refoulé. La littérature psychanalytique révèle que l'évolution de l'enfant ayant refoulé son érotisme anal se fait vers la nécrose obsessionnelle ou vers l'homosexualité.

L. KREISLER, dans son mémoire sur l'homosexualité chez l'enfant et l'adolescent, rapporte le cas de l'enfant Louis, encoprétique longtemps, devenu dans l'adolescence un homosexuel.

En fait, nous n'avons affaire, dans notre enquête, qu'à des sujets encore jeunes, entre 12 et 19 ans, et nous n'avons pas observé de tableau typique de névrose obsessionnelle adulte.

En revanche, nous avons été frappée par l'importance des traits de caractère anaux.

Notre questionnaire faisait mention d'un grand nombre de ces traits à confirmer ou infirmer.

Nous avons explicité nettement :

- la tendance plus ou moins impérieuse à la propreté ;
- l'ordre, la persévérance ;
- la tendance à accumuler, collectionner ;
- le comportement à l'égard de l'argent.

Dans l'ensemble :

- Le besoin de propreté n'est jamais impérieux; ce sont des sujets qui ne sont méticuleux et ordonnés que pour leurs objets personnels, livres, bibelots, collections... Cette méticulosité contraste souvent avec un certain degré de souillure corporelle.

Ils font souvent avec difficulté leur toilette. Ils ne sont que rarement ordonnés.

La coquetterie est assez fréquente : 13 cas environ où elle est observée nettement, sous forme de recherche vestimentaire.

- La tendance à accumuler est fréquente aussi. Les collections de timbres, porte-clefs ..., de menus objets sont souvent mentionnées. Denis, dont nous avons rapporté l'observation, ne jette "rien".

Nous avons été frappée par le comportement à l'égard de l'argent.

Leur tendance économe frise souvent l'avarice. Quand ils prêtent à leur mère, ils veulent être remboursés, et quand ils dépensent leur argent, c'est "de leur propre gré", en faisant souvent des cadeaux.

L'un d'entre eux s'est constitué un capital et le reconstitue rapidement dès qu'il y a touché.

Un autre choisit son métier en fonction de la rémunération.

Dans deux ou trois cas, l'argent sert seulement de moyens pour posséder le plus de choses possibles et se passer toutes les envies.

Sur le plan scolaire ou professionnel :

- 10 font un apprentissage, dans une branche demandant patience, méticulosité, persévérance, habileté manuelle : ils sont ébéniste, chaudronnier, mécanicien ; un autre est boucher.

- Les autres continuent une scolarité qui est le plus souvent en harmonie avec leur quotient intellectuel. Il se trouve que dans notre lot les quotients sont le plus fréquemment entre 90 et 105.

8 seulement ont entre 115 et 330, et ont de bons résultats.

L'adaptation familiale ne peut être appréciée que sur une vingtaine de cas; 16 enfants environ :

- sont en internat pour apprentissage (3 cas),
- en foyer (1 cas),
- en pension dans un lycée (5 cas),
- en institut médico-pédagogique (7 cas).

Cette adaptation paraît assez favorable. Ils sont souvent instables et susceptibles, mais assez affectueux. Ce ne sont pas des "enfants difficiles", même s'ils sont bien souvent impulsifs, coléreux.

Nous avons remarqué qu'ils sont décrits souvent par leur mère comme serviables; c'est dire qu'ils se prêtent volontiers aux tâches du ménage, rangent leur chambre, lavent la vaisselle, font des courses ... autant d'activités utilitaires et féminines...

Ils sont très fixés au milieu familial, aimant peu sortir, nouant rarement des amitiés ; ils sont en effet d'une grande parcimonie dans leurs investissements affectifs. Toujours timides, ils s'intéressent peu aux filles ou le prétendent.

Ils passent leurs jours de loisir souvent chez eux, à lire (les livres d'aventures), à faire de la peinture (5 cas dont un cas de poterie), un peu de bricolage. Un d'entre eux, ayant un très bon quotient intellectuel et des habitudes de collections, d'ordre très développées, a des loisirs très intellectuels : il lit des ouvrages essentiellement techniques, joue aux échecs, aux cartes, mais bricole aussi. Timide, il reste toujours seul.

Le sport est fréquemment représenté ; rarement, il s'agit de sport d'équipe, mais plutôt de natation, de judo.

Un trait de caractère nous a paru fréquent : la "pudeur" ou la "honte", bien différente de la culpabilité puisqu'elle fait intervenir, non pas trois personnes, mais deux ; c'est la honte "d'être vu", la honte "d'être dans une position passive" ; ainsi, l'un d'entre eux, ne voulant pas se déshabiller, a laissé évoluer de nombreux jours jusqu'à ne plus pouvoir le supporter une éruption de furonculose, surtout fessière, qui était arrivée à un haut degré de collection. D'autres se lavent encore à demi-vêtus.

Nous avons essayé de faire la part de l'apparition de nouveaux symptômes psycho-somatiques.

Ainsi, nous avons noté que :

- 2 enfants ont de tics de la face ;
- 1 est devenu asthmatique il y a 2 ans (il s'agit d'André dont nous avons rapporté l'observation) ;
- 1 souffre de céphalées intenses, cédant à l'aspirine, d'apparition récente.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans dont l'encoprésie a mis 2 ans à disparaître complètement après l'hospitalisation à l'âge de 11 ans.

Encore énurétique, il a passé un C.A.P. de chaudronnier. Il a un goût très développé pour les collections (allumettes, marques de bière) et fait du troc pour améliorer ses collections qu'il manipule avec minutie.

Son isolement est très profond ; il préfère regarder la télévision au lieu de sortir. Il prétend ne pas s'intéresser aux filles.

Son rôle dans la famille est particulier : il est censé prendre la place du père dans un grand nombre d'activités domestiques. Il aide au jardin, casse du bois. Le père vit au foyer mais présente en effet un certain degré d'invalidité en raison d'une silicose professionnelle. Nous n'avons pu établir les rapports possibles entre ses céphalées avec des phantasmes masturbatoires culpabilisés et un blocage de la pensée.

Aucun des enfants revus lors de notre dernière enquête n'est délinquant. Mais le dépouillement des dossiers a permis seulement de relever 1 cas traité pour encoprésie en 1957, revu en 1962 à l'âge de 15 ans. Il faisait partie d'une bande de voyous et avait déjà eu des démêlés avec la police pour chapardages.

o o

Un dernier cas plus curieux nous arrêtera enfin : celui de François, âgé de 12 ans actuellement.

Il fit l'objet d'une hospitalisation à l'âge de 5 ans $\frac{1}{2}$ motivée par :

- une encoprésie secondaire réapparue à l'entrée au cours préparatoire où il s'était bien adapté ;

- mais surtout un désir net d'être une fille avec une tendance à se déguiser en fille avec les vêtements de sa mère. Cette attitude paraissait avoir un rôle défensif devant la culpabilité oedipienne sur un mode de castration névrotiquement

tolérée.

François avait deux sœurs aînées : une de 10 ans, l'autre de 8, de caractère difficile, cette dernière accaparant beaucoup l'attention du père.

Son évolution psychomotrice avait été normale. La propreté acquise à 3 ans, mais une énurésie diurne était réapparue à 3 ans $\frac{1}{2}$.

François avait, dans sa première enfance, souffert de troubles du sommeil et il avait encore à 6 ans des terreurs nocturnes.

L'hospitalisation l'avait fait apparaître sous le jour d'un enfant viril, dynamique, avec des thèmes de culpabilité oedipienne au C.A.T. et une grande angoisse dans la compétition avec le père.

Il était sorti délivré de son symptôme encopréatique.

François a actuellement 12 ans $\frac{1}{2}$.

- Il est en 6ème et suit bien sa classe, ayant de bonnes capacités de mémorisation et se plaisant beaucoup aux matières orales : Histoire, géographie.

- Il est très sociable en famille et a de nombreux camarades.

- Il participe depuis un an à un groupe de psychodrame, qu'il préfère de beaucoup à la psychothérapie.

Resté deux ans sans traitement psychologique, sa mère avait remarqué une chute scolaire nette.

François n'est pas exactement encopréatique, mais il souille souvent ses slips d'urines ou de matières.

Il aime toujours à se déguiser en femme, à mimer les femmes avec de grands morceaux de draps,

de vieilles jupes. Il se fait des coiffures, prend des attitudes, se tortille, avec ou sans déguisement, en disant : "Je suis la reine des fleurs", "c'est moi la belle Paméla". Il se plait à faire ces pantomimes seul ou devant ses camarades.

Il voudrait être danseur ou archéologue, rêve de voyages lointains et se passionne pour les collections de timbres.

La scolarité compte beaucoup pour lui et même lui sert de prétexte pour ne faire que mollement un peu de tennis.

La mère vient, sur sa demande, de l'inscrire, avec une certaine réticence, au cours de danse du Conservatoire.

Il est encore très inhibé et peu informé de la sexualité ; il a été dégoûté en apprenant récemment les modalités de la naissance.

En évoquant ce cas, nous avons en vue l'évolution vers l'homosexualité de l'érotisme anal refoulé, mais nous ne pensons pas que François devienne un homosexuel actif.

En revanche, l'avenir seul nous dira s'il devient un travesti, hypothèse plus probable.

Après avoir donné un aperçu des traits de comportement et de caractère de ces sujets, nous voudrions revenir sur l'impression générale qu'ils font.

L'entretien avec ces enfants les révèle, dans les trois quarts des cas, comme assez inhibés, s'intéressant peu à de nouvelles tâches, ne s'interrogeant pas sur leur avenir : leurs ambitions semblent floues et pauvres. Ils se conforment aux désirs des parents, le plus souvent en vue d'un certain confort psychologique, n'affirmant que rarement un désir d'indépendance, de réussite.

Ils semblent très dépendants de la constellation familiale et ne paraissent pas encore capables d'investir une autre personne que leur mère.

Ainsi, ils ont organisé progressivement "une structure mentale restrictive", selon l'expression employée par R. DRATKINE, structure caractérisée ici par un maintien de l'identification à la mère, avec des positions homosexuelles inconscientes.

Nous avons observé qu'ils s'intéressent peu aux opérations de l'esprit autres qu'utilitaires.

Ils se comportent plus qu'ils ne phantasment et leur comportement est concret et utilitaire : "La pensée s'écarte peu de ce type de conduite, écrit FAIN ; elle est qualifiée d'opératoire ; elle ne s'accompagne d'aucun jeu intellectuel ni d'aucune charge affective".

Le pronostic paraît d'autant meilleur que, devenus adolescents ou pré-adolescents, ils prennent

plus de plaisir aux opérations mentales nouvelles, aux fantaisies de la lecture, aux nouveautés de la connaissance.

Le rôle de l'environnement est aussi fondamental, sinon dans l'apparition du ou des symptômes, du moins dans leur maintien. Le rôle structurant des parents dépasse largement les premiers mois de la vie de ces enfants ; il est constant, permettant à l'enfant de se réorganiser plus ou moins bien après des expériences perturbantes.

CONCLUSIONS

Le but de ce travail a été de chercher à connaître l'évolution d'enfants encoprétiques suivis dans un Service de neuropsychiatrie infantile pendant la période de 1959 à 1968, intéressée que nous étions par le destin du symptôme autant que par la personnalité de ces enfants devenus le plus souvent adolescents ou pré-adolescents.

Dans la première partie de notre travail, nous avons repris les données cliniques caractéristiques de ce symptôme.

Dans un premier temps, nous avons rappelé l'évolution libidinale de l'enfant au stade anal et plus particulièrement de l'enfant encoprétique faisant une utilisation auto-érotique ou agressive du symptôme, selon que prédomine la rétention des matières ou leur pseudo-incontinence.

Nous avons plus nettement insisté sur la haute valeur relationnelle de ce symptôme diurne dans le couple mère-enfant où la mère donne son empreinte personnelle à l'acquisition de la maîtrise sphinctérienne.

L'enfant encoprétique peut utiliser ses matières comme une arme agressive contre sa mère s'il se rebelle contre son dressage, et par la suite, l'encoprésie peut être le mode de réponse agressive à tous les conflits avec elle.

Par ailleurs, si les premières expériences de la vie lui ont montré le monde extérieur comme insécurisant, incapable de lui apporter la quiétude par la satisfaction de ses besoins fondamentaux, l'enfant peut recourir de façon durable et prononcée au plaisir auto-érotique que lui procure la rétention volontaire des matières (suivie d'encoprésie par regorgement), au moment où il devient capable de prendre son plaisir par lui-même sans sa mère.

Dans la deuxième partie, nous avons exposé le cheminement de notre travail clinique rétrospectif qui a consisté à reprendre les dossiers des 160 enfants ayant consulté pour ce symptôme, en nous attachant plus particulièrement à ceux qui avaient fait l'objet d'une hospitalisation, soit 80 cas environ.

Les sujets ont été convoqués personnellement et ont reçu un questionnaire orienté sur l'adaptation familiale, scolaire ou professionnelle, sociale et sexuelle. Les réponses ont été rares et nous n'avons pu reprendre contact qu'avec 45 enfants, ce qui a néanmoins permis de continuer ce travail.

Les résultats immédiats, après l'hospitalisation en milieu spécialisé, ont paru satisfaisants et durables, à condition que le milieu familial coopère au traitement.

En effet, le symptôme proprement dit disparaît en général (alors que l'énurésie, souvent associée, persiste) ; il réapparaît fréquemment et même avec une constance presque décevante :

- en cas de carence éducative affective majeure, la mesure de placement en institut spécialisé permettant de renforcer l'action de l'hôpital, dans ces cas d'enfant pseudo-abandonnique ;

- quand le milieu familial est perturbé dans son harmonie profonde par une névrose grave d'un des parents, en particulier de la mère ;

- en cas d'atteinte organique intestinale associée.

Nous avons, à l'appui de ces constatations, donné quelques observations de bonnes et de moins bonnes évolutions.

Dans un troisième temps enfin, nous avons tenté de connaître quelques composantes caractérielles communes à ces enfants devenus propres et ayant entre 12 et 17 ans.

- Aucun d'entre eux n'a constitué de névrose structurelle suivant le mode phobique ou obsessionnel.

- Mais on se trouve en face de formation caractérielle où prédominent de nombreux traits dits anaux: formations réactionnelles édifiées en protection de l'angoisse des pulsions anales culpabilisées et marquées dans l'ensemble par un hyper-contrôle. Méticulosité, indécision, collectionnisme, coquetterie contrastant avec un certain degré de souillure corporelle persistante ...

Comportement rétentionnel à l'égard de l'argent, des affects.

- En effet, les investissements affectifs sont très restreints. L'adaptation sociale se fait dans un sens négatif : recherche de la solitude, peu de camaraderie au point qu'on peut considérer cette attitude comme une conduite d'évitement phobique.

- La tendance passive très développée fait apparaître ces enfants devenus grands comme des sujets appauvris, dépendants affectivement de leur milieu familial, gouvernés par leur mère à laquelle ils tentent souvent de s'identifier, véritable homosexualité latente et inconsciente.

Le refus anxieux de la compétition est apparent dans le domaine scolaire, professionnel et sexuel.

Leurs ambitions restent pauvres, leur vie fantasmatique bloquée allant de pair avec un bon sens de la réalité.

Nous avons observé deux cas d'enfants porteurs d'une affection psycho-somatique : un asthme, un cas de céphalée.

Si ces enfants n'ont pas de structure de névrose particulièrement différenciée, il semble que ce soit au prix d'une partie de leurs potentialités affective et intellectuelle, rétrécissant leur personnalité et restreignant au maximum leurs intérêts. Ce type de protection contre l'angoisse, s'il est suffisant, amène à parler de cicatrisation plutôt que de guérison, "véritable limitation fonctionnelle du "moi"" (FREUD).

Le pronostic de l'encoprésie nous a paru d'autant plus favorable que l'enfant est intelligent, doté d'un bon équipement moteur et vivant dans un milieu familial homogène et stimulant.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,
J. ROCHE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

G. BROUET

Le Président
de la thèse,
Cl. LAUNAY

B I B L I O G R A P H I E

- ABRAHAM K.- Oeuvres complètes. Payot.
- ALBRECHT M. et HOFFMAN H.- L'encoprésie chez l'enfant.- Nervé Nartz, 1950, Juin.
- ANTHONY E.J.- Essai expérimental de la psychopathologie de l'encoprésie chez l'enfant.- British J.M. Psychol., 1957, 33.
- ARON et THOOVENOT - Physiologie de la continence anale.- Archives des Maladies de l'appareil digestif, 1962.
- AUBIN H. et B. et MAGNUS - De quelques aspects de l'encoprose.- Ann. Méd. Psychologique, Janvier 1962.
- BADER J.P.- Réflexions sur l'encoprésie infantile.- Paris, N° 8, 1960.
- BENSAUDE - Quelques états pathologiques du sphincter anal..
- BENSAUDE A.- Anatomie du sphincter anal. Etude clinique et électrologique.- Sem. des Hôp. Paris, 1948.
- BIERMAN - L'encoprésie en tant que réaction psycho-

gène chez l'enfant.- Mschz. Kinderh., 1952.

BUSSON A. et DAVEZAC - L'incontinence anale.-
Archives des mal. de l'appareil digestif,
1952, tome 51.

BELLMAN M.- Studies on encopresis.- Acta Paediatrica Scandinavica, Suppl. 170, 1966.

DAVIDSON-MURRAY - Constipation and fecal incontinence.
- Pediatrics of North America, 1958.

DUBIGEON Cl.- Notes et remarques à propos de 25 cas
d'encoprésie.- Thèse 1964.

DUCHE D.- Encoprésie, essai de classification.-
Entretiens de Bichat, Médecine, 1957.

DUCHE D.- Les manifestations ectopiques de la génitalité.
Enurésie et encoprésie.- Revue de Neuropsychiatrie infantile, 1959.

DUHAMEL Jean - L'incontinence anale des encoprésies.
- Arch. des mal. de l'app. digestif, 1962,
N° 7.

DUHAMEL J., BENSÂÏD F., KOUPENIK C.- A propos de
33 cas d'encoprésie.- Arch. Franç. de Pédiatrie, 1957.

ELLER H.- A propos de l'encoprésie chez l'enfant.-
Mschz. Kinderh., Septembre 1960.

FAIN M.- Rôle de la motricité dans la relation
d'objet.- Rev. Franç. de Pédiatrie, 1955.

FAIN M., SOULÉ M., KREISLER L.- Clinique psycho-

somatique de l'enfant.- La Psychiatrie de l'enfant, vol. IX, Fasc. 1, 1960 ; vol. X, Fasc. 1, 1967.

FREUD A.- Résumé en conclusion du XXIVe Congrès international de Psychanalyse, 1965.
Revue française de Psychanalyse, 1965.

FREUD S.- Transformation des pulsions, en particulier dans l'érotisme anal.- Revue Franç. de Psychanalyse, 1928.

- Prédilection à la névrose obsessionnelle.- Revue Franç. de Psychanalyse, 1929.

- Trois essais sur la sexualité. Payot.

- Introduction à la Psychanalyse. Payot.

GRUNDBERGER B.- Etude sur la relation objectale anale.- Revue Franç. de Psychanalyse, 1960.

GOTT H.- Incontinence anale et encopréxie chez l'enfant.- Deutsche Med. Wschr., 1959.

KEMPTON J.- Constipation and encopresis : a paediatrician's view.- Society for psychosomatic Research, Oxford, Pergamon Press, 1961.

KOHLER C. et AIMARD P.- L'encopréxie, syndrome psycho-somatique. A propos de 24 observations.- Pédiatrie, Lyon, 1963, N° 8.

KREISLER L., LEOVICI S.- L'homosexualité chez l'enfant et l'adolescent.- La psychiatrie de l'enfant, Vol. VIII, Fasc. 1, 1965.

LAUNAY Cl.- Rééducation et psychothérapie de deux cas d'encopréxie.- Concours médical, Paris, 1963, N° 33.

LAUNAY Cl. et coll.- Guérison d'une encopréisie psychogénétique, séquelle d'une opération pour mégacolon congénital.- Archives françaises de Pédiatrie, Paris, 1964, N° 3.

LECHAT - Du principe de sécurité.- Rev. française de Psychanalyse, 1927.

LUQUET P. et LUQUET-PARAT J.C.- La conduite encopréétique.- Encyclopédie M.C., Psychiatrie.

Mac NAMARA M.- Notes on a case of Encopresis.
- British Journal of medical Psychology,
1965, N° 4.

Mac TAGGART A. et SCOTT M.- A review of twelve cases of encopresis.- Journal of Pediatrics St-Louis, 1959, N° 6.

RAMUZ - Facteurs et traits de la névrose compulsive dans l'enfance.- Revue française de Psychanalyse, 1965.

SHANE M.- Encopresis on a latenay boy. An arrest along a developmental line.- The Psychoanalytic study of the child., 1967, vol. 22.

VAUGHAN G.F.- Constipation and encopresis : a children's psychiatrist's new.- Society for psychosomatic Research, Oxford, Pergamon Press, 1961.

- L'encopréisie dans l'enfance.- Guy's Hospital Report, 1955.

WENSON S.R. et coll.- Dynamique de l'encopréisie.- Amer. Journal of Orthopsychiatry, N.Y., 1954.



